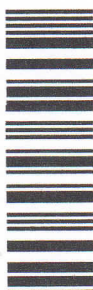




transfere a sua vida para

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



322470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016	4-Data de Autorização 11/01/2016	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7624558	7-Data Validade da Série 10/11/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020215060655002625011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA	06/09/1976	14-Telefone (31) 01001010000	15-Nome do Titular do plano FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA
---	------------	---------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS	18-Número no CRO 38166	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONP / CPF 107521914627	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LAS CASAS	23-Número no CRO 38166	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS	27-Número no CRO 38166	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	010	81000030			1	34,00	0,00		S	10/06/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/2016 Patricia Las Casas	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2016 Patricia Las Casas	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2016 wvm camg	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Cirurgião Dentista

Cirurgião Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



322481
INTERCÂMBIO

transmitida para você sobre

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 06/12/10	4-Data de Autorização 11/01/10 06/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7624596	7-Data Validade da Seria 10/17/10 09/12/10
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número de Carteira 0002025106065500262501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA	06/09/1976	14-Telefone (1311) 010101010101010	15-Nome do titular do plano FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS	18-Número no CRO 38166	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 007521914627111	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LAS CASAS	23-Número no CRO 38166	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS		27-Número no CRO 38166	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	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/06/20		
2-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/06/20		
3-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/06/20		
4-00	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	10,00	10,00	10,00	10/06/20		
5-00												
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 11/11/11	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,00
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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/06/11/20 Dra. Patricia Las Casas Cirurgiã Dentista CRO-MG 38166	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/06/11/20 Dra. Patricia Las Casas Cirurgiã Dentista CRO-MG 38166	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/06/11/20 FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---



322982
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/06 12 01	4-Data de Autorização 11/01/06 12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7627140	7-Data Validade da Senha 10/08/09 12 01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número de Carteira 10102102151061061510021612151021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome DANIELA RAJAO COTA PACHECO	14-Telefone (1311) 1010101101010101	15-Nome do titular do plano FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA
---------------------------------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101751219114627111	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LAS CASAS
23-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS	24-UF MG
25-Número no CRO 38166	26-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
27-Número no CRO 38166	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-Mofo de Grupo	42-Assinatura
1-10	018100100301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00			11/01/06 12 01		
2-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
3-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
4-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
5-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
6-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
7-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
8-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
9-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
10-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
11-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
12-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
13-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
14-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		
15-10	018400101981	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,10	0,00			11/01/06 12 01		

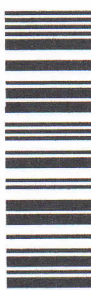
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,10
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/06 12 01 Dra. Patricia Las Casas Cirurgiã Dentista CRO-MG 38166	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/06 12 01 Dra. Patricia Las Casas Cirurgiã Dentista CRO-MG 38166	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/06 12 01 FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/06 12 01
---	---	---	---

2-N-



322983
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimientos Solicitados

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, físicos, 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), folioaram 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 adicionais previstos em contrato.

49-Observação

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Cirugía Plástica
CFO-MG 38161

~~Citragin Bait~~
~~CHO-MG 3816~~



322986
INTERCÂMBIO

Indicador para modo online

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016 4-Data de Autorização 11/01/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7627149 7-Data Validade da Senha 10/08/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215060655010262504 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 MATHEUS RAJAO FURTADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS 18-Número no CRO 38166 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNEJ / CPF 107521914627 22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LAS CASAS 23-Número no CRO 38166 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS 27-Número no CRO 38166 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	0	81010030			1	34,00	1,00			10/06/20		
2-0	0	84010090			1	72,00	1,00			10/06/20		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/06/20

44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Francia 46-Total Quantidade US 1106,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 10/06/20 Dr. Patricia Las Casas Cirurgista Dentista CRO-MG 30439 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/20 Dr. Patricia Las Casas Cirurgista Dentista CRO-MG 30439 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2016 4-Data de Autorização 11/01/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7627149 7-Data Validade da Senha 10/08/2019

322986
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010202506065500262504 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 MATHEUS RAJAO FURTADO 14-Telefone (31) 00000000 15-Nome do titular do plano FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS 18-Número no CRO 38166 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107521914627 22-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento PATRICIA LAS CASAS 23-Número no CRO 38166 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS 27-Número no CRO 38166 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 Guisa 42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0			
2-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
3-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
4-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
5-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
6-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
7-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
8-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
9-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
10-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
11-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
12-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
13-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
14-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
15-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
16-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
17-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
18-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
19-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
20-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
21-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
22-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
23-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
24-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
25-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
26-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
27-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
28-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
29-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
30-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
31-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
32-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
33-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
34-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
35-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
36-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
37-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
38-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
39-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
40-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
41-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
42-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
43-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
44-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
45-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
46-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
47-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
48-0	0	8	4	0	0	0	9	0			
49-0	0	8	4	0	0	0	9	0			

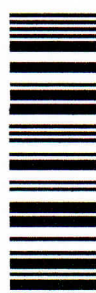
43-Data Previsão Término do Tratamento 10/06/20 44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1106,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Dra. Patricia Las Casas
Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Responsável 10/06/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/06/20 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



322983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/06 4-Data de AutORIZAÇÃO 11/01/06 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7627141 7-Data Validade da Guia 10/08/09

8-Número de Carteira 1010202506065500262503 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira

13-Nome DAVI RAJAO FURTADO 21/05/2014 14-Telefone (31) 0000000000 15-Nome do titular do plano FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS 18-Número no CRO 38166 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 107521914627 22-Nome do Contratado, Executante PATRICIA LAS CASAS 23-Número no CRO 38166 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS 27-Número no CRO 38166 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-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	81000030			1	314,00				10/06/20		
2-0	0	84000090			1	72,00				10/06/20		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-participação R\$							
10/06/20	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	1106,00	1010,00								

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.

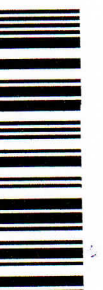
49-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/06/2010 Patricias Las Casas Cirurgia Dentista CRO-MG 38160 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/06/2010 Patricias Las Casas Cirurgia Dentista CRO-MG 38160 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/06/2010 Frederico Furtado da Gama Ferreira 53-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



Frequência: 1 para 1922 2019

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2019	4-Data de Autorização 11/01/2019	5-Seria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7627140	7-Data Validade da Seria 10/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

322982
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102021506065500262502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2019	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
DANIELA RAJAO COTA PACHECO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS	18-Número no CRO 38166	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 077521914627	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LAS CASAS	23-Número no CRO 38166	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante
PATRICIA LAS CASAS

27-Número no CRO 38166	28-UF MG	29-Código CBO S
---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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 Guise	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3	4,00	12,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
6-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
7-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
8-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
9-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
10-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
11-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
12-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
13-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
14-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019
15-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3	5,00	15,00	10,00	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019	11/01/2019

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2019	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/01/2019
Dra. Patricia Las Casas
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 38166

11/01/2019
Dra. Patricia Las Casas
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 38166

11/01/2019
Dra. Patricia Las Casas
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 38166

11/01/2019
Dra. Patricia Las Casas
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 38166



Indicador para uso interno

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016	4-Data de Autorização 11/01/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7624558	7-Data Validade da Seria 10/17/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

322470
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202506065500262501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA	14-Telefone (1311) 0000000000	15-Nome do titular do plano FREDERICO FURTADO DA GAMA FERREIRA
---	----------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alinhamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PATRICIA LAS CASAS	18-Número no CRO 38166	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 007521914627	22-Nome do Contratado Executante PATRICIA LAS CASAS	23-Número no CRO 38166	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante PATRICIA LAS CASAS	27-Número no CRO 38166	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Labela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0	0	81000030			1	34	00			10/06/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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-Totál 2-Parcial	46-Totál Quantidade US 34,00	47-Valor Totál R\$ 0,00	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2016 Patricias Las Casas	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2016 Patricias Las Casas	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2016
---	---	---	---