

2-N^o341596

INTERCÁMBIO

12-Número do Cartão Nacional de SaúdeBELO DA SILVA

1

Faturar Empresa

29-Código CBO S11

11

$$\frac{1}{2} =$$

7.17

—

111

2.3

7.71.111

711

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Patient

1ata, local e



341599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2017 12:01	4-Data de Autorização 01/11/2018 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715716	7-Data Validade da Sentença 11/11/2019 12:01
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0102020252118550021199011

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira

11/11/19

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ALAN FARLEI RABELO DA SILVA

14-Telefone
() 05/10/1988

15-Nome do titular do plano

ALAN FARLEI RABELO DA SILVA

Dados do Contribuinte Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO

44158

19-UF

MG

20-Código CBO S

04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE

11110160164186011

22-Nome do Contratado Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO

44158

24-UF

MG

25-Código CNES

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(0) 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-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0101851101020101	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	1	881001				01/11/2018		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Tipo de Faturamento	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-1-Tratamento Odontológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	881001	010101

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 salutar. 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 Soliciante

01/11/2018 12:01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

01/11/2018 12:01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

01/11/2018 12:01

53-Data, local e Carimbo da Empresa

01/11/2018 12:01

3570009457001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 0 6 / 0 7 / 1 2 0 0	4-Data de Autorização 1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686253	7-Data Validada da Sintha 0 4 / 1 0 / 1 2 0 0
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

335035
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 0 9 0 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEX DO PRADO FIDELIS	10/08/1978	14-Teléfono () 3 1 1 7 6 - 0 9 1 4 0	15-Nome do titular do plano CHRISTIANE DANIELA FERREIRA FRANCA FIDEL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0 0 1 8 1 0 0 0 3 0 1		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 0				1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

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 Quantidade US 3 4 1 0 0	47-Valor Total R\$	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0	53-Data, local e Assinatura da Empresa 1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0	54-Data, local e Assinatura da Empresa 1 3 0 / 0 7 / 1 2 0 0
--	--	--	---	---

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-018



2-Nº

339354
INTERCÂMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

ar Empresa

1111

21170517515

1111

|| || || || ||

1111

" " " " " "

--	--	--	--	--	--

[illegible]

MIT

1111[illegible][illegible]

10

100

22

[illegible]

2018

Carimbo da Empresa

0	4	1	1	0
0	7	1	1	0

11

Figure 1

228 11-1

92114

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o331865
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/10/2016	4-Data de Autorização 28/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7673054	7-Data Validade da Senha 28/10/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 8 6 1 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão N
---	--------------------------------	--	--	-----------------------

13-Nome AMANDA KELLY NEVES OLIVEIRA	17/03/1997	14-Telefone () - - - - -	15- Nome do titular do plano AMANDA KELLY NEVES OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-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 - Educação Especial
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	----------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	111060648601
22-Nome do Contratado Execulente	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
23-Número no CRO	44158
24-UF	MG
25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200

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

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
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 0 0	0 0 0	S 2 8		
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	8 8 0 0	0 0 0	S 2 8		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0	S 2 8		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0	S 2 8		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0	S 2 8		
6-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0	S 2 8		
7-										
8 -										
9 -										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

43-Data Previsto	Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
		1-Tratamento Odontológico	1-Total	2 9 3	0 0
		2-Exame Radiológico	2-Parcial	0 0	0 0
		3-Ortodontia			0 0
		4-Urgência/Emergência			0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 assinou esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato.

49-Observação

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	CHECK NO.	BANK	INITIALS
12/27/2015	DEPOSIT	100.00		CHASE	
12/28/2015	PAYROLL	50.00	1234	CHASE	
12/29/2015	RENT	25.00	1235	CHASE	
12/30/2015	UTILITIES	15.00	1236	CHASE	
12/31/2015	SALES	75.00	1237	CHASE	
1/1/2016	DEPOSIT	100.00		CHASE	
1/2/2016	PAYROLL	50.00	1238	CHASE	
1/3/2016	RENT	25.00	1239	CHASE	
1/4/2016	UTILITIES	15.00	1240	CHASE	
1/5/2016	SALES	75.00	1241	CHASE	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	28/11/2019	03
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	28/11/2019	12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	28/11/2019	Simone de A. Silva
53-Data, local e Carimbo da Empresa	28/11/2019	

ES Data: _____ Local: _____ Caudex do Enxada: _____ Nº: _____
--

על-פי החוק, הממשלה חייבת להעביר את המידע למערכת הביטחון, ולתת לה את כל האפשרויות להגן על המדינה.

2	8	18	21	2
---	---	----	----	---

10

Figure 10.10

1 year

1000

11/20/2016 6:41

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



335716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 07/12/01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689416	7-Data Validade da Sineta 10/05/11 10/12/01
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202025211855001796011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome AMANDA RAFAELA VALENTINO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano AMANDA RAFAELA VALENTINO
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código no CRO 44158	22-UF MG	23-Código CMES 44158	24-UF MG	25-Código no CRO 44158	26-UF MG	27-Código CBO S 44158
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---------------------------	-------------	-------------------------	-------------	---------------------------	-------------	--------------------------

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---	--

Dados do Profissional Executante

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

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
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	13/01/10	12/01/10	Amanda
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13/01/10	12/01/10	Amanda
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13/01/10	12/01/10	Amanda
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13/01/10	12/01/10	Amanda
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13/01/10	12/01/10	Amanda
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$	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 13/01/10 11/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/10 11/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/10 11/12/10	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/01/10 11/12/10
--	--	--	---

JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048

35.782.845/0001-00

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



327624
INTERCAMBIO

7-Data Validada da Senha
1 9 / 0 1 9 / 1 2 0

5-Número da Guia Principal
7648485

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 6 / 1 0 7 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 2 1 / 1 0 6 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 3 5 6 0 4

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validada da Carteira
1 9 / 0 1 9 / 1 2 0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

13-Nome

14-Telefone

15-Nome do titular do plano

16-Endereço a RN

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante

23-Número no CRO

24-UF

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO

28-UF

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-Jul

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura da Empresa

53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

56-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

57-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

58-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

59-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

60-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

61-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

62-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

63-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

64-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

65-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

66-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

67-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

68-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

69-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

70-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

71-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

72-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

73-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



345845

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/17 10:12:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7736186	7-Data Validada da Sineta 12/03/17 10:12:01
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211855000046502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/17 11:11:11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ANA PAULA DE OLIVEIRA	14-Teléfono (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE GONCALVES
----------------------------------	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNP / CPF 111060164860111111	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
1-00018101010030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00				01/01/17	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/17 11:11:11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/17 10:17:10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/17 10:17:10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/17 10:17:10
--	--	--

13.702.945/0001-00
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Flôrentino Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



339355
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/10 7/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7705753	7-Data Validade da Senha 11/12/11 01/12/01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521185500006602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome ANA PAULA MONTEIRO SANSON	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ADILSON EUSTAQUIO SANSON
--------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11101601614816011	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	001851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	188000				31/10/11 20	<i>Adilson</i>
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11/11	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 88000	47-Valor Total R\$ 000000	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 31/10/11 20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/11 20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Ana Paula M	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/11 20
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

[illegible]

37 - Assinatura da Operadora

36 - Data de Assinatura da Circuladora

_____, Assinatura do Prestador

Date of Birth: _____

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESUSCA BARBOSA LTA**
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

330611
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2016	4-Data de Autorização 12/08/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7665817	7-Data Validade da Senha 12/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202521185500220503	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 ANA SILVIA DE JESUS RIBEIRO	07/10/2009	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano FLAVIO MACIEL DA SILVA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	8800	0,00				12/08/2017	Flavio
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
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 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8800,00	47-Valor Total R\$	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 a 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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2017
---	---	---	---

BAIRRO CENTRO - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

330613
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2016	4-Data de Autorização 12/08/2017	5-Sonho AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7665836	7-Data Validade da Senha 12/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado		Dados do Plano	
8-Número da Carteira 00020202521185500220503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA SILVIA DE JESUS RIBEIRO	07/10/2009	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano FLAVIO MACIEL DA SILVA RIBEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Plano		Dados do Faturamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Valor 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111061061648601	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 Guia 42-Assinatura
1	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
1	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
2	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
2	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
3	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
3	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
4	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
4	0	0	0	8	3	0	0	0	0	8	9		
5													
6													
7													
8													
9													
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-Valor Total R\$ 292,10	47-Valor Total R\$ 292,10	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 12/08/2017	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2017	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/08/2017
---------------	---	---	--

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



330622
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2016	4-Data de Autorização 12/08/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7665880	7-Data Validade da Senha 12/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025121185500220503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA SILVIA DE JESUS RIBEIRO	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano FLAVIO MACIEL DA SILVA RIBEIRO
--	--------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RUI	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011	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-Moivo da Glosa 42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	---------------------------------

1-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/08/2017	Flavio
2-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/08/2017	Flavio
3-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/08/2017	Flavio
4-000184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12/08/2017	Flavio

5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Franquia / Co-participação R\$
--	------------------------	------------------------	------------------------	--------------------	-----------------------------------

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Flavio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2017
---	---	---	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

331737
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/06	4-Data de Autorização 12/08/07	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7672046	7-Data Validade da Sineta 12/01/09
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252118550001833011	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 ANDERSON MARTINS DE ASSIS	26/08/1979	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ANDERSON MARTINS DE ASSIS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	21-Código na Operadora / CNP / CPF 1110606486011	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-Data de Realização 39-Aut	31-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---------------------------------	----------------------------------

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 Glosa 42-Assinatura
1-000081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00	0,00		12/08/07	Anderson
2-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD	1	1	36,00	0,00		12/08/07	Anderson
3-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE	1	1	36,00	0,00		12/08/07	Anderson
4-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE	1	1	36,00	0,00		12/08/07	Anderson
5-000085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID	1	1	36,00	0,00		12/08/07	Anderson
6-000000000000											
7-000000000000											
8-000000000000											
9-000000000000											
10-000000000000											
11-000000000000											
12-000000000000											
13-000000000000											
14-000000000000											
15-000000000000											

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 1178,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/07 Anderson	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/07 Anderson	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/07 Anderson
--	--	--

CLINICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 129
Baixo Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

334165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/14/10 17/12/01	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7682545	7-Data Validade da Sinthe 10/12/11 10/12/01
--------------------------	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025211855001833011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANDERSON MARTINS DE ASSIS	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDERSON MARTINS DE ASSIS
--------------------------------------	------------------------------	--

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	225 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011111	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
1-000181000030	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	S	28/10/11	28/10/11
2-000185300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/11	28/10/11
3-000185300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/11	28/10/11
4-000185300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/11	28/10/11
5-000185300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	28/10/11	28/10/11
6-111111111111											
7-111111111111											
8-111111111111											
9-111111111111											
10-111111111111											
11-111111111111											
12-111111111111											
13-111111111111											
14-111111111111											
15-111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1111111111
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	---

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/11 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/11 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Operadora 28/10/11 11/12/11	53-Data, local e Assinatura do Operadora 28/10/11 11/12/11
--	--	---	---

RUA FORTATO PEIXOTO, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

334365
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2017 12:01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683221	7-Data Validade da Sineta 10/03/2017 12:01
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202521185500123001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA	14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA		

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110160648601	22-Nome do Contratado Excludente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001294-18	26-Nome do Profissional Excludente 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 Olosa 42-Assinatura
1-	010812001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00				12/09/2017 12:01	
2-	010812001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00				12/09/2017 12:01	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
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 1372,00	47-Valor Total R\$ 1010,01	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), 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 12/09/2017 12:01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/09/2017 12:01	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/09/2017 12:01
---	---	--

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
 Rua Floriano Peixoto, 129
 Bairro Centro - CEP: 35700-045
SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



335746
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/10 7/12 01	4-Data de Autorização 13/01/10 7/12 01	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689467	7-Data Validada da Sineta 10/05/11 01/12 01
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020202522118550001230001	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA	

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486001	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 Regido	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
1-000810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	3400				13/01/10 7/12 01	
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 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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 13/01/10 7/12 01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/10 7/12 01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/10 7/12 01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/10 7/12 01
---	---	---	---

35.782.845/0001-00
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Fláudio Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



341590
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Sétima
1 1 7 / 1 1 0 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7715708

5-Sintha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 3 1 / 1 0 7 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 1 9 / 1 0 7 / 1 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 2 3 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ MORAES DE MOURA
---------------------------------------	------------------------------	---

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
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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-Moivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	3 1 1 / 0 7 / 1 2 0	André LM
2-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	3 1 1 / 0 7 / 1 2 0	André LM
3-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	3 1 1 / 0 7 / 1 2 0	Fabíola M
4-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	S	3 1 1 / 0 7 / 1 2 0	Fabíola M
5-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-0	0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

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 1 1 1 4 1 0 1 0	47-Valor Total R\$	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 3 1 1 / 1 0 7 / 1 2 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 3 1 1 / 1 0 7 / 1 2 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável André LM	53-Data, local e Cartão da Empresa 1 3 1 1 / 1 0 7 / 1 2 0
--	--	---	---

Beiro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 07/11/2010	4-Data de Autorização 12/09/10 07/11/2010	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683208	7-Data Validade da Sineta 10/03/11 01/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211855002149021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome ANDREA DE LOURDE TEIXEIRA BRAGA	14-Telefone (11) 1111111111	15-Nome do titular do plano RONAN DA SILVA FIGUEIREDO
--	--------------------------------	--

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	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011	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-Faturar Empresa 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------------------

31-Código do Procedimento 10081000030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Data 11/11/10	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 3400	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 31/10/10	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura J. Barbosa
--	---------------------------------------	---------------------	--------------	-------------	--------------------------	------------------	---	-------------	-----------------------------------	--

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	47-Valor Total R\$ 3400,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina essa declaração 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
13/11/10 07/11/2010

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/10 07/11/2010

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/10 07/11/2010

53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

54-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

55-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

56-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

57-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

58-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

59-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

60-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

61-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

62-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

63-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

64-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

65-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

66-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

67-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

68-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

69-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

70-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

71-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

72-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

73-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

74-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

75-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

76-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

77-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

78-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

79-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

80-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

81-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

82-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

83-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

84-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

85-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

86-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

87-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

88-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

89-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

90-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

91-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

92-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

93-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

94-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

95-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

96-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

97-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

98-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

99-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010

100-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/10 07/11/2010