



1-Registro ANS	406414
3-Local de Emissão da Guia	12/5/08/20
4-Data de Autorização	3/0/08/20
5-Semana	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7820272
7-Data Validade da Semana	12/3/11/20

363719
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202521185500192801

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
MARCIO ANTONIO PINTO

18/11/1988[illegible]MARCIO ANTONIO PINTO

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

025 - Faturar Empresa

2-1-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
4415824-
M

	25-Código CNES
--	----------------

26-Nome do Profissional Executante:
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG29-Còdigo CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Total ☐ 2-Parcial

46- Total Quantidade US

47-Valor Total R\$ 10,100

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, honorários de tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

2019-2020

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
30/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
30/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Jota, Joraj e Carimbo da Empresa

Bairro Centro - Cel: 3570-0405

SEITE LAGOS - 10



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



349810
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 18/12/10	4-Data de Autorização 11/13/10 18/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754476	7-Data Validade da Soma 13/11/10 12/10
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010202152111855002000801	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 MARCIO LEITE DUARTE					
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 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400262-25 (IF) 85400149-25
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
27-Número no CRO 44158					
28-UF MG					
29-Código CBO S					
30-Valor 44158					
31-Franchisa/Co-participação R\$					
32-Valor 44158					
33-Franchisa/Co-participação R\$					
34-Valor 44158					
35-Valor 44158					
36-Valor 44158					
37-Valor 44158					
38-Valor 44158					
39-Valor 44158					
40-Valor 44158					
41-Valor 44158					
42-Valor 44158					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moivo da Glosa	42-Signatura
1-0	0	85400262	25	1	1	1800	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
2-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
3-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
4-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
5-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
6-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
7-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
8-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
9-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
10-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
11-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
12-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
13-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
14-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
15-0	0	85400149	25	1	4	7200	0,00	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20	13/08/20
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Tratamento												
46-Tipo de Faturamento												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franchisa / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e 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

Pagamento do ato condicionado ao envio de RX inicial e final do pino, e imagem Final da Coroa Provisória para análise de produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/08/20
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-043
SPTT I APOA Q. 100



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/2/10 8/12/0	4-Dia de Autorização 13/10 8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754486	7-Dia Válido da Senha 31/10/12/0
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão
100202521185500200801	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11/11/11	

MARCIO LEITE DUARTE		01/03/1983	(☐ ☐ ☐) ☐ ☐ ☐ ☒ ☐ ☐	MARCIO LEITE DUARTE
---------------------	--	------------	---	---------------------

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	22-Nome do Contratado / Executante	23-Identificação do CRO	24-UF	25-Código CRO S
111060648601	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO S	
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG		

Enviar - RX
(1) 85100226

[illegible]

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 1122100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Valor Total R\$ 10100	49-Valor Total R\$ 10100
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 Imagens analisadas						

50-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/31/08/20	<i>[Assinatura]</i>
51-Data local e Assinatura do Município / Dentista	11/31/08/20	<i>[Assinatura]</i>
52-Data local e Assinatura do Município / Dentista	11/31/08/20	<i>[Assinatura]</i>
53-Data local e Assinatura do Município / Dentista	11/31/08/20	<i>[Assinatura]</i>



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



353651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018	4-Data de Autorização 11/03/2018	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772638	7-Data Validade da Serinha 10/07/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202521185500159601	9-Piano 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 MARCOS BARBOSA DA SILVA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MARCOS BARBOSA DA SILVA
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106064816011	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 Realço	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	851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	8,8100	0,00	S	13/08/2018		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1	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 88100	47-Valor Totál R\$ 1010	48-Totál Franquia / Co-participação R\$ 111111
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/11/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2018	53-Data, local e Contribuição da Empresa / Sua Planilha - Parcela, 129 13/11/2018
---	---	---	--

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



360821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/01/2018	4-Data de Autorização 13/01/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805269	7-Data Validade da Senha 11/01/2019
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
9-Número da Carteira 010202521185001127021			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM			14-Telefone () - - - - -		
15-Data Validade da Carteira 09/05/1991			16-Nome do titular do plano GERALDO DE AMORIM PEREIRA		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Atribuição a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11101606481601		22-Nome do Contratado Exequante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	
25-Nome do Profissional Exequante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	
29-Código CBO S		24-UF MG		25-Código CNES	
26-UF MG		29-Código CBO S		24-UF MG	
Faturar Empresa					
025 -					
Faturar Empresa					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd
1-00	1000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1
2-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
3-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
4-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
5-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
6-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
7-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
8-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
9-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
10-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
11-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
12-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
13-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
14-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
15-00	1000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Moivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Fim do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Fraturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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 Cartão de Emprego					
54-Data, local e Cartão de Realização					
55-Data, local e Cartão de Realização					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360824
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 12/09/08	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805364	7-Data Validada da Sentença 18/11/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202521185500112702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
MARIANE SOUZA FERNANDES AMORIM

09/05/1991

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano
GERALDO DE AMORIM PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
--------------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado, Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---	---

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX
27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1-00	851010226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDVP	1	122,00	0,00		S	29/08/20		
2-00	851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OM	1	88,00	0,00		S	29/08/20		
3-00	851010200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OL	1	88,00	0,00		S	29/08/20		
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 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
298,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

49-Observação

35.782.845/0001-00

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-043

SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/08/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nr



349792
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/10 18/12/10	4-Data de Autorização 13/1/10 18/12/10	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754440	7-Data Validade da Serinha 13/1/11 10/12/10
Dados do Beneficiário			8-Data Validade da Serinha 10/12/10 12/5/21 11/8/5/0 01/11/3/0/1		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS			14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
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 1111060648601		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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	1810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		13/08/20			Mayron
2-10	1853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		13/08/20			Mayron
3-10	1853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		13/08/20			Mayron
4-10	1853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		13/08/20			Mayron
5-10	1853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		13/08/20			Mayron
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	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 responsável, 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 13/1/08/120	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/1/08/120	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/1/08/120	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/1/08/120
--	--	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Poliano Pelejo, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-016

STELLA GAS - MO



Dados do Beneficiário

13- Nome MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS	26/11/1983	14- Telefone () - - - - - () - - - - -	15- Nome do titular do plano MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS
---	------------	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	04	Faturar Empresa
	16-Alimentação a RN				025 -

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

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		26-Nome do Profissional Exercente
44158	MG	27-Número no CRO
(f) 85100200 (f) 85100200		28-CF
		29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible][illegible]

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, compreendendo-me a cumprir as orientações e recomendações do profissional habilitado para a realização do tratamento, bem como a pagar em meu nome e por minha conta, do profissional habilitado, a partir dos custos conforme previsto 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, do profissional habilitado, a partir dos custos conforme previsto em contrato.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/08/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/08/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/08/2018

53-Data, local e Cartão do Beneficiário - CEP: 35700-040
29/08/2018

Rua Eliana, Drexler, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SITELASOAS

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESUITA HARROGATIDA**

Rua Floriano Peixoto 133

53-Data, local e Carimbo da entrega
Banco Centro - CEP: 35700-040

STEELE & GORDON



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



365424
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/10/8/12/0		4-Data de Autorização 12/9/10/8/12/0		5-Serão AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7827651		7-Data Validade da Serina 12/5/11/1/2/0																																	
Dados do Beneficiário										9-Pano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																											
8-Número da Carteira 100202521185500200804										13-Nome MELYSSA RAFAELA BRAGA DUARTE		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano MARCIO LEITE DUARTE																													
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 ODONTOLÓGICA		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES																																	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110610648601		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																																											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																											
30-1- Tabela		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Veloc		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Gloriosa		42-Assinatura																					
1-00081000014		CONDICIONAMENTO EM						1		7000		0000				5129/08/20		12/9/08/20																									
2-00084000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR						1		7200		0000				5129/08/20		12/9/08/20																									
3-00000000000																																											
4-00000000000																																											
5-00000000000																																											
6-00000000000																																											
7-00000000000																																											
8-00000000000																																											
9-00000000000																																											
10-00000000000																																											
11-00000000000																																											
12-00000000000																																											
13-00000000000																																											
14-00000000000																																											
15-00000000000																																											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$																																	
1/1/1/1/1/1		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial		114200		1000																																	
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, qualquer valor 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 Solicitante 12/9/10/8/12/0																								51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/9/10/8/12/0		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/9/10/8/12/0		53-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		54-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		55-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		56-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		57-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		58-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		59-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0		60-Data, local e Cartão da Empresa 12/9/10/8/12/0	
CLINICA ODONTOLÓGICA																																											
35.782.845/0001-00																																											
Bairro Centro - CEP 35700-040																																											
SETE LACERDES - MG																																											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



349820
INTERCÂMBIO

1-Registro: ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/12/2018

4-Data de Autorização
13/10/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7754501

7-Data Validade da Semana
13/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202530706600000104

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
111060648601111111

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	5113,08,20				
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-Totál Quantidade US		47-Valor Totál R\$		48-Totál Franquia / Co-participação R\$		
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Totál 2-Parcial		34,00		0,00				
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												

55.762.845.0001-00

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
13/10/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/10/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/10/2018

53-Data, local e Carteira de Empresa
13/10/2018

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

35.782.645/0001-00

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-040

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353672
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018	4-Data de Autorização 11/03/2018	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772672	7-Data Validade da Serinha 10/11/2018
8-Número da Carteira 0102025307066000010101014			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome MICHEL DOUGLAS PEREIRA DE SOUZA PONTELO			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 15/06/1985			14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano IARA SUELI TEODORO
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601			22-Nome do Contratado Exatante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		19-UF MG
26-Nome do Profissional Exatante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			23-Número no CRO 44158		20-Código CBO S 04
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados			27-Número no CRO 44158		24-UF MG
30-Tabela			32-Descrição		25-Código CNES
1-0085300047	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00
6-0085300047					
7-0085300047					
8-0085300047					
9-0085300047					
10-0085300047					
11-0085300047					
12-0085300047					
13-0085300047					
14-0085300047					
15-0085300047					
43-Data Previsto Término de Tratamento			44-Tipo de Atendimento		
45-Tipo de Atendimento			46-Tipo de Atendimento		
47-Tipo de Atendimento			48-Tipo de Atendimento		
49-Tipo de Atendimento			50-Tipo de Atendimento		
51-Tipo de Atendimento			52-Tipo de Atendimento		
53-Tipo de Atendimento			54-Tipo de Atendimento		
55-Tipo de Atendimento			56-Tipo de Atendimento		
57-Tipo de Atendimento			58-Tipo de Atendimento		
59-Tipo de Atendimento			60-Tipo de Atendimento		
61-Tipo de Atendimento			62-Tipo de Atendimento		
63-Tipo de Atendimento			64-Tipo de Atendimento		
65-Tipo de Atendimento			66-Tipo de Atendimento		
67-Tipo de Atendimento			68-Tipo de Atendimento		
69-Tipo de Atendimento			70-Tipo de Atendimento		
71-Tipo de Atendimento			72-Tipo de Atendimento		
73-Tipo de Atendimento			74-Tipo de Atendimento		
75-Tipo de Atendimento			76-Tipo de Atendimento		
77-Tipo de Atendimento			78-Tipo de Atendimento		
79-Tipo de Atendimento			80-Tipo de Atendimento		
81-Tipo de Atendimento			82-Tipo de Atendimento		
83-Tipo de Atendimento			84-Tipo de Atendimento		
85-Tipo de Atendimento			86-Tipo de Atendimento		
87-Tipo de Atendimento			88-Tipo de Atendimento		
89-Tipo de Atendimento			90-Tipo de Atendimento		
91-Tipo de Atendimento			92-Tipo de Atendimento		
93-Tipo de Atendimento			94-Tipo de Atendimento		
95-Tipo de Atendimento			96-Tipo de Atendimento		
97-Tipo de Atendimento			98-Tipo de Atendimento		
99-Tipo de Atendimento			100-Tipo de Atendimento		

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

135782845/0001001

40

2-N⁺

Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

 $\overline{Z}$ 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional Executante

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição
-----------	---------------------------	--------------

30-Tabela 31-C111

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

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

0	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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

9			
---	--	--	--

7-1111

1

9-1111101111

[illegible]

—

•

--	--

111Declaro, que apreferentes ao tr49-00861-9

50-Data, local e As

五



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/01	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772666	7-Data Validade da Serina 10/7/11 1/12/01
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252711948000001010171	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome MIGUEL LUCAS DE ASSIS SALES	25/07/2015	14-Telefone (1311) 998713255	15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES
--	------------	---------------------------------	--

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	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (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-Q-Quantidade US	37-Avali	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia 42-Assinatura
1-	00	851002010	65	OM	1	88100	01010	1131081120	S	11/3/10 8/11/20	
2-	00	851002019	75	0	1	61100	01010	1131081120	S	11/3/10 8/11/20	
3-	00	851002019	85	0	1	61100	01010	1131081120	S	11/3/10 8/11/20	
4-	00	851002019	55	0	1	61100	01010	1131081120	S	11/3/10 8/11/20	
5-	11										
6-	11										
7-	11										
8-	11										
9-	11										
10-	11										
11-	11										
12-	11										
13-	11										
14-	11										
15-	11										

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/11	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 12711010	47-Valor Total R\$ 12711010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 12711010
--	--	---	------------------------------------	--------------------------------	---

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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Rua Princesa, 129

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/3/10 8/11/20 43

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/3/10 8/11/20 43

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/3/10 8/11/20

53-Data, local e Carimbo
11/3/10 8/11/20

54-Data, local e Carimbo
11/3/10 8/11/20



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 05/10/18 12:01		4-Data de Autorização 11/3/10 8:12:01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7765474		7-Data Validade da Senha 03/11/11 12:01	
Dados do Beneficiário						8-Número da Carteira 002025211855001361011					
9-Plano POS REDE PRESTADORA						10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA					
13-Nome NATIELLE RAVENA DE CAMPOS						14-Telefone () - - - - -					
15-Data de Emissão da Guia 04/05/1992						16-Nome do titular do plano NATIELLE RAVENA DE CAMPOS					
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA						18-Número no CRO 44158					
19-Endereço do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO						20-Código CBO S 04					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111016064186011						22-Nome do Contratado Exatante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
23-Nome do Profissional Exatante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO						24-Número no CRO 44158					
25-Número no CRO 44158						26-UF MG					
27-Código CBO S						28-UF MG					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Regio		34-Face		35-Qtd	
1-001		853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		36-Quantidade US 361010	
2-101		853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		37-Valor 01010	
3-101		853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		38-Franquia/Co-participação R\$ 01010	
4-101		853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		39-Aut 01010	
5-1										40-Data de Realização 11/3/10 8:12:01	
6-1										41-Motivo da Glose 11/3/10 8:12:01	
7-1										42-Assinatura 11/3/10 8:12:01	
8-1										43-Valor Total R\$ 01010	
9-1										44-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	
10-1										45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	
11-1										46-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	
12-1										47-Valor Total R\$ 01010	
13-1										48-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	
14-1										49-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	
15-1										50-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial	
43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Fraturamento 46-Tipo de Fraturamento 47-Valor Total R\$ 48-Tipo de Fraturamento 49-Tipo de Fraturamento 50-Tipo de Fraturamento											
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Assinatura da Empresa											
54-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 55-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 56-Data local e Assinatura da Empresa											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



352063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/18	4-Data de Autorização 11/08/18	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7765476	7-Data Validade da Série 10/03/19
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020205211855001136101	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 NATIELLE RAVENA DE CAMPOS		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano NATIELLE RAVENA DE CAMPOS

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

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 de Ciosos	42-Assinatura
1	0	0	8	5	1	0	0	1	9	6		
RESTAURAÇÃO RESINA												
2							37	0	1			
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 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 e procedimentos estabelecidos e a pagar, em minha conta, adiantada, o valor devido pelo tratamento, conforme estabelecido no 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, adiantada, o valor devido pelo tratamento, conforme estabelecido no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/18	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/18	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/18	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/18
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
RUA CORAÇÃO, 129
SET. LACERDA, MG
129
06-048

2-N



Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360641
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/08

4-Data de Autorização
13/01/08

5-Serinha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7804420

7-Data Validade da Serinha
11/01/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020215211855001361011

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
NATIELLE RAVENA DE CAMPOS

04/05/1992

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
NATIELLE RAVENA DE CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
(I) 85100200
(II) 85100200

Enviar - RX

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 Realço	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Cessão	42-Assinatura
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	PD	1	1	8,80	0,00	130/08/120	S	130/08/120	Restauração	
2-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	1	8,80	0,00	130/08/120	S	130/08/120	Restauração	
3-00085100200												
4-00085100200												
5-00085100200												
6-00085100200												
7-00085100200												
8-00085100200												
9-00085100200												
10-00085100200												
11-00085100200												
12-00085100200												
13-00085100200												
14-00085100200												
15-00085100200												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	1176,00	35.782,84	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

CLINICA ODONTOLÓGICA

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

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

13/01/08/120

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/01/08/120

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/01/08/120

53-Data, local e Cartão da Empresa

13/01/08/120

35.782,84/1001-60

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/8/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10/8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7823971	7-Data Validade da Senha 12/4/11/1/2/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/02/52/11/85500095801	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 NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS					
26/03/1989					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano NAYARA FRANCIELE SILVA SANTOS					
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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	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 1-0018110000310	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente Região 1	34-Face 1	35-Clínica 34100	36-Quantidade US 000
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-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(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.

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 429

Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/08/20

53-Data, local e Cartão de Assinatura do Profissional Contratado
29/08/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



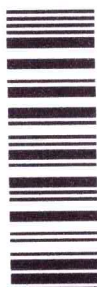
360813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/2018	4-Data de Autorização 13/10/2018	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805234	7-Data Validade da Guia 18/11/2018	
8-Número da Carteira 01020252118550022110011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome OSNIR DE SOUZA			25/09/1985	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano OSNIR DE SOUZA	
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	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1-008100030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente Região 1	34-Face 1	35-Old 34	36-Quantidade US 000	
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 1/1/1		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgencial/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		
46-Total Quantidade US 3400		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000		
49-Observação 35.702.845/0001-60 CLÍNICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA LTDA Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/10/2018						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/2018
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/2018						53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2018



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



355215
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08	4-Data de Autorização 12/11/08	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7780260	7-Data Validade da Série 10/9/11
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00020252118500080402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
13-Nome PRICILA GALDIERE DOS SANTOS PEREIRA			26/04/1983	14-Telefone () - - - - -	11-Data Validade da Carteira / /
15-Nome do titular do plano FELIPE DAVID NUNES PEREIRA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (UF) 85200158-27	Faturar Empresa Enviar - RX	
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 1-0085200158	32-Descrição TRATAMENTO ENDODÔNTICO	33-Dente Região 27	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 53300
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 53300					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/08/2013					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/08/2013					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08/2013					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/08/2013					

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOMASTER

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Figueira - Antônio, 120

Bairro Centro - CEP: 30710-040

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



361537
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08 18:12:01	4-Data de Autorização 12/9/10 8:12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7808738	7-Data Validade da Senha 11/9/11 11:21:01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101201251118550000089011	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 ROGERIO PEREIRA ALVES	14-Teléfono (1311) 3774191068	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 ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / 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
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valeio	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorificação Nacional
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valeio	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorificação Nacional			
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36100	0,00	0,00	0,00	0,00	08/12/10	Supra			
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36100	0,00	0,00	0,00	0,00	08/12/10	Supra			
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36100	0,00	0,00	0,00	0,00	08/12/10	Supra			
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36100	0,00	0,00	0,00	0,00	08/12/10	Supra			
5-00														
6-00														
7-00														
8-00														
9-00														
10-00														
11-00														
12-00														
13-00														
14-00														
15-00														
43-Data Prescrição / Término do Tratamento										44-1-Tipo de Atendimento	45-1-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
										1-Tipo de Atendimento	1-Tipo de Faturamento	14410	0,00	
49-Observação										50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				
										51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				
										52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				
										53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				
										54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				

35.782.845/0001-03

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

PRTE LAGOA - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



357519
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2018	4-Data de Autorização 21/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7790470	7-Data Validade da Senha 13/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025211855002149011	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 ROMAN DA SILVA FIGUEIREDO	08/03/1968	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ROMAN DA SILVA FIGUEIREDO
--------------------------------------	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110160648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158
	19-UF MG
	20-Código CBO S 04
	23-Número no CRO 44158
	24-UF MG
	25-Código CNES
	26-UF MG
	27-Número no CRO 44158
	28-UF MG
	29-Código CBO S
Faturar Empresa 025 -	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente Região	34-Face	35-Clf	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Moeda da Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição								
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400	0,00		Si	21/10/2018	
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									
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
		1-Total 2-Parcial	3400							
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 e prescrições assistenciais 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, as despesas referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.										
49-Observação										
Rua: ... nº ...										

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 21/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2018
			SETE LACOS - MG



Dados do Beneficiário

13-Name

Dados do Contratado Responsável pelo Atendimento

--	--

www.ipsos.com/en/mediaresearch | 00 21100N-07

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

49-Observação

2	0	8	2
---	---	---	---

5-1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
20/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

39108120 Bairro Centro - CEP: 38700-04

CLINICAL OPINION ON THE
JESUITA UNIVERSITY

SEITE 1409-1416



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



349783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/2018	4-Data de Autorização 13/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754429	7-Data Validade da Senha 13/11/2018
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252118550088001	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 SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA	27/04/1978	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SIDNEI MARCIO DE 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
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa/2-Assinatura
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	10	0	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	10	0	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	10	0	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	10	0	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018	13/10/2018
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 1440	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) 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 13/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2018
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



357678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2018	4-Data de Autorização 13/01/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7791054	7-Data Validade da Senha 11/04/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010202521185500088001	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 SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SIDNEI MARCIO DE 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 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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00		S	30/08/20		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00		S	30/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/11	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 1122,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/01/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/08/2018
---	---	---	---

SETELAGOAS - MG

360903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/20	4-Data de Autorização 13/01/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805806	7-Data Validade da Senha 11/01/11/20
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 0002025211855000888001		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA			14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano SIDNEI MARCIO DE OLIVEIRA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-24
21-Código na Operadora (CNU) / CPF 1110606481601	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
1-0	0852100166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24	1	1	258,00	0,00	30/08/20	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Data Previsto Término do Tratamento 1/1/1/1	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 258,00	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 e a emitir esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					

49-Observação
Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/20	53-Data, local e Contributo da Empresa 30/08/20
---	---	---	--

SETE LAGOAS - MG

353692
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018		4-Data de Autorização 11/12/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7772714		7-Data Validante da Senha 10/11/2018	
Dados do Beneficiário						8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Plano CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 10/11/2018	
13-Nome TARCISIO AUGUSTO MAIA MOREIRA						06/03/1991		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano TARCISIO AUGUSTO MAIA MOREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alimentação 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 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		26-Código CBO S	
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	
1-0-0-8-1-0-0-0-0-3-0		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		3-4-0-0		0-0-0-0	
2-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
3-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
4-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
5-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
6-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
7-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
8-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
9-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
10-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
11-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
12-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
13-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
14-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
15-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1											
43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/1/1/1/1		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 3-4-0-0		47-Valor Total R\$ 0-0-0-0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0-0-0-0	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 11/24/18 18h 20i		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/24/18 18h 20i		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/30/18 18h 20i		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/24/18 18h 20i					



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 09/10/2012		4-Data de Autorização 11/10/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7772715		7-Data Validade da Semna 07/11/2012	
8-Número da Carteira 020252118500449011		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 TARCISIO AUGUSTO MAIA MOREIRA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano TARCISIO AUGUSTO MAIA MOREIRA		16-Data Validade da Carteira 11/11/11		17-Número do Profissional Solicitante N		18-Data Validade da Carteira 11/11/11	
19-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		20-Endereço do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106064186011		22-Endereço do Contratado Responsável JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-Código CBO S 04	
25-Endereço do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		26-Número no CRO 44158		27-UF MG		28-Código CBO S 04		29-UF MG		30-Valor da Empresa 025 -	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	11/11/11	08/12	11/11/11	08/12	11/11/11
2-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	11/11/11	08/12	11/11/11	08/12	11/11/11
3-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	11/11/11	08/12	11/11/11	08/12	11/11/11
4-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	11/11/11	08/12	11/11/11	08/12	11/11/11
5-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-00	853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Tratamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico		1-Total		144,00		10,00		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, 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 11/11/08/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/08/11/2012 53-Data, local e Contributo da Empresa 11/11/08/11/2012											

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



349808
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/21/2018	4-Data de Autorização 12/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754467	7-Data Validade da Semá 13/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010202521185500200802	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

TATIANE CECILIO BRAGA

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano MARCIO LEITE DUARTE
------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / 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
--	---------------------------	-------------	-----------------

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-Moeda da Glosa	42-Participação
1-1	0	8100030			1	34,00	0,00			12/108/20		
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 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 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

35.782.845/0001-60

CLINICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LTDA

Bairro Centro - CEP: 36700-048

SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/11/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/08/20
--	--	--	--

35.782.845/0001-60



Rue Franklin Perleto, 123
Paris, France 75000-0000
011 33 1 40 00 00 00



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



318680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/06 16:20		4-Data de Autorização 10/17/06 16:20		5-Sentença CONCLUÍDO		6-Número da Guia Principal 7603161		7-Data Validade da Sentença 13/01/08 12:00	
8-Número da Carteira 00202521185500116902		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 TERCIA FERREIRA DA SILVA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES Enviar - RX (IF) 85200166-15			
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/Régio		34-Face		35-Qtd	
1-00		85200166		TRATAMENTO ENDODÔNTICO		15		1		25800	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo do Tratamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1/1/11		1- Tratamento Odontológico		1- Total 2- Parcial		25800		1000			

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 12/11/09 12:00		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/11/06 16:00		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/06 16:00		53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/06 16:00	
				JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		Cirurgia Dentista	

352052
INTERCÂMBIO1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
10/05/20184-Data de Autorização
10/09/20185-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
77654607-Data Validade da Senha
10/03/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020252118550011169029-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
TERCIA FERREIRA DA SILVA

03/05/1982

14-Telefone
(11) 1111111115-Nome do titular do plano
LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afiliamento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA18-Número no CRO
4415819-UF
MG20-Código CBO S
04

025 -

Faturar Empresa
Enviar - RX21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
111060648601111111
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO23-Número no CRO
4415824-UF
MG25-Código CNES
(I) 8510021826-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO27-Número no CRO
4415828-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-Valor	40-Dia de Realização	41-Motivo de Exclusão
1	00	85100218	31	ILV	1	122100	0,00	0,00	09/10/2018	20	
2		RESTAURAÇÃO RESINA									
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 Fracamento											
1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US											
1122100											
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/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

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

1109101811201

1091101811201

1091101811201

1091101811201

1091101811201

1091101811201



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816950	7-Data Validade da Serinha 12/11/2018
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 1002025211855000222101		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome THALES ALMEIDA DINIZ CARNEIRO			14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano THALES ALMEIDA DINIZ CARNEIRO			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		19-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		20-Código CBO S 04	
		27-Número no CRO 44158		24-UF MG	
				25-Código CNES	
				28-UF MG	
				29-Código CBO S	
Faturar Empresa 025 -					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-010	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00		S	22/08/2018	Thales Diniz	
2-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00		S	22/08/2018	Thales Diniz	
3-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00		S	22/08/2018	Thales Diniz	
4-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00		S	22/08/2018	Thales Diniz	
5-010	853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00		S	22/08/2018	Thales Diniz	
6-010											
7-010											
8-010											
9-010											
10-010											
11-010											
12-010											
13-010											
14-010											
15-010											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1178,00		0,00			

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 36700-048

SETE LAGOAS - MG

35.702.843/0001-661

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
23/10/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

23/10/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

23/10/2018

53-Data, local e Cartão da Empresa

23/10/2018

334359
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2017 12:01	4-Data de Autorização 12/09/2017 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683211	7-Data Validade da Senha 10/03/2018 12:01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10020125211855000098011	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 THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do Titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento 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 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (UF) 85400149-26 (UF) 85400262-26	Enviar - RX
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-Clif	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Classe	42-Moeda da Classe
1-00	85400149	COROA TOTAL METÁLICA	26	1	1	472,00	0,00		12/09/2017	20		
2-00	85400262	PINO PRE-FABRICADO	26	1	1	18,00	0,00		12/09/2017	20		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
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-Total 2-Fractal	46-Total Quantidade US 59,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Decido, 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 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 responsável, 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 28/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 28/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2017	53-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2017
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDARua Francisco P. de Toledo, 129
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º ANO



364613
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10/8/12/0	4-Data de Autorização 12/9/10/8/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824018	7-Data Validade da Senha 12/4/11/1/2/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/02/52118550009801	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CRO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110616486011	22-Nome do Contratado Exercente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Exercente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CRO 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-Moivo da Glose	42-Assinatura
1-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	1	28/08/20		
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	1	28/08/20		
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	1	28/08/20		
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	1	28/08/20		
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		
										46-Total Quantidade US		
										144,00		
										47-Valor Total R\$		
										10,00		
										48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/20	53-Data, local e Contributo da Empresa 28/08/20
---	---	---	--

35.782.845/0001-00

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JÉSSICA BARBOSA LIMA

Rua Floriano Peixoto, 129

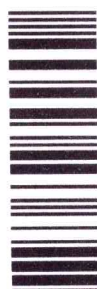
Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353673
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018 12:01	4-Data de Autorização 11/3/2018 12:01	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772679	7-Data Validade da Serina 10/7/2018 12:01
--------------------------	---	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215211855002039011	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

UILLIAN PEREIRA BARBOSA	21/02/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano UILLIAN PEREIRA BARBOSA
-------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
-------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601111	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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	13	08/20		
2-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
6-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
7-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
8-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
9-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
10-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
11-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
12-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
13-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
14-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
15-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	13	08/20		
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Deciso, 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.

35.782,845/0001-10

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 o 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

JESSICA BARBOSA ATIDA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-040

SETE LAGOAS - MG

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 13/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 13/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/2018
---	---	---	---

1-Registro AMS
4064143-Data de Emissão da Guia
10/09/20184-Data de Autorização
12/11/20185-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
77726817-Data Validade da Senha
10/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
101020252118550020390119-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
UILIAN PEREIRA BARBOSA

21/02/1989

14-Telefone
() -15-Nome do Titular do plano
UILIAN PEREIRA BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011
22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO25-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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-Valor
1-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46	1	73	00	0,00	51121108120				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
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\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Totai 2-Parcial	173,00	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 responsável, o valor referente 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
12/11/201851-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/201852-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/11/201953-Data, local e Contribuição da Empresa
12/11/2018CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDARUE FLORES PEREIRA, 120
Bairro Centro CEP 35700-049
SÃO PAULO - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353675
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018	4-Data de Autorização 12/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772682	7-Data Validade da Senha 10/07/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025211855002039011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome LILIAN PEREIRA BARBOSA	21/02/1989		14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano LILIAN PEREIRA BARBOSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
025 - Faturar Empresa Enviar - RX					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106064816011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (I) 85100200 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
27-Número no CRO 44158					
28-UF MG					
29-Código CBO S (I) 85100200					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realço	34-Face	35-Qtd
1-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	000000
2-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	000000
3-00085100200					
4-00085100200					
5-00085100200					
6-00085100200					
7-00085100200					
8-00085100200					
9-00085100200					
10-00085100200					
11-00085100200					
12-00085100200					
13-00085100200					
14-00085100200					
15-00085100200					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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 Contributo da Empresa					
54-Data, local e Contributo da Empresa					

35.782.845/000

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto, 1
Bairro Centro - CEP: 3570
SETELAGOS - A



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 8/12/01	4-Data de Autuação 12/9/10 8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7816514	7-Data Validade da Senha 12/2/11 1/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1002025211855001100011	9-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VALDECI RIBEIRO FRAGA					
23/10/1985					
14-Telefone () - - - - -					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 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	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-001852100140	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente Região 15	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 33300
31-Código do Procedimento	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 Realização	42-Assinatura	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/2010					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2010					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2010					
53-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
54-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
55-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
56-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
57-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
58-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
59-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
60-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
61-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
62-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
63-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
64-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
65-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
66-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
67-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
68-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
69-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
70-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
71-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
72-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
73-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
74-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
75-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
76-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
77-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
78-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
79-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
80-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
81-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
82-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
83-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
84-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
85-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
86-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
87-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
88-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
89-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
90-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
91-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
92-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
93-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
94-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
95-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
96-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
97-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
98-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
99-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					
100-Data, local e Cartão da Empresa 28/10/2010					

362994
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de SaúdeVALDECI RIBEIRO FRAGA

025 - Faturar Empresa

1992

ca 42 Affinità

Assinatura _____

Signature: _____

Page 42 of 42

[illegible]

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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

1. February 19
 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. _____

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

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

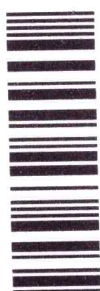
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018	4-Data de Autorização 11/03/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772668	7-Data Validade da Senha 10/07/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025211855000089021	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-Data de Nascimento 10/07/1974					
15-Endereço 16-Telefone 17-Cidade 18-Estado					
19-Cidade 20-Estado					
21-Cidade					
22-Cidade					
23-Cidade					
24-Cidade					
25-Cidade					
26-Cidade					
27-Cidade					
28-Cidade					
29-Cidade					
30-Cidade					
31-Cidade					
32-Cidade					
33-Cidade					
34-Cidade					
35-Cidade					
36-Cidade					
37-Cidade					
38-Cidade					
39-Cidade					
40-Cidade					
41-Cidade					
42-Cidade					
43-Cidade					
44-Cidade					
45-Cidade					
46-Cidade					
47-Cidade					
48-Cidade					
49-Cidade					
50-Cidade					
51-Cidade					
52-Cidade					
53-Cidade					
54-Cidade					
55-Cidade					
56-Cidade					
57-Cidade					
58-Cidade					
59-Cidade					
60-Cidade					
61-Cidade					
62-Cidade					
63-Cidade					
64-Cidade					
65-Cidade					
66-Cidade					
67-Cidade					
68-Cidade					
69-Cidade					
70-Cidade					
71-Cidade					
72-Cidade					
73-Cidade					
74-Cidade					
75-Cidade					
76-Cidade					
77-Cidade					
78-Cidade					
79-Cidade					
80-Cidade					
81-Cidade					
82-Cidade					
83-Cidade					
84-Cidade					
85-Cidade					
86-Cidade					
87-Cidade					
88-Cidade					
89-Cidade					
90-Cidade					
91-Cidade					
92-Cidade					
93-Cidade					
94-Cidade					
95-Cidade					
96-Cidade					
97-Cidade					
98-Cidade					
99-Cidade					
100-Cidade					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z.Nº



349807
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/2/08

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7754464

7-Data Validade da Senha
13/1/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202521185500215403

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
1/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VANIA DE MOURA SOARES

30/09/1988

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ALEXSANDRO BORGES RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

225 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
110606486011

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
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização
13/08/20

41-Motivo da Glosa

1-008100030

2-000000000

3-000000000

4-000000000

5-000000000

6-000000000

7-000000000

8-000000000

9-000000000

10-000000000

11-000000000

12-000000000

13-000000000

14-000000000

15-000000000

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
34,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/08/20

53-Data, local e Cartão da Empresa
13/08/20

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO



353680
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2018

4-Data de Autorização
12/11/2018

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7772690

7-Data Validade da Guia
10/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010202152118550011711011

9-Piano
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
WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO

11/05/1982

14-Teléfono
(131) 37744639

15-Nome do titular do plano
WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO

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

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realço	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	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			15/11/2018		Wanderley
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-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
34,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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, 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
11/11/2018 B

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2018 E

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/2018 Wanderley

53-Data, local e Cartão da Empresa
12/11/2018

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO
15/11/2018
353680
INTERCÂMBIO



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/08/12/01

4-Data de Autorização
13/01/08/12/01

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7804789

7-Data Validade da Semá
11/01/11/12/01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202152118550011771011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/12/01

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO

14-Telefone
11051982

15-Nome do titular do plano
WANDERLEY CANDEIA DA LUZ FILHO

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
1110606486011111

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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
1-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	513000000000	513000000000	12/01/08/12/01	Wanderley	
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	513000000000	513000000000	12/01/08/12/01	Wanderley	
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	513000000000	513000000000	12/01/08/12/01	Wanderley	
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	513000000000	513000000000	12/01/08/12/01	Wanderley	
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1144,00	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 o 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

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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 Cartão da Empresa

13/01/08/12/01

30/01/08/12/01

12/01/08/12/01

13/01/08/12/01

Bairro Centro - CEP: 36070-000

SET. LAGOS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



349789
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/01	5-Sereta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754434	7-Data Validade da Sereta 13/1/11 0/12/01
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025211855002059011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome

WANDERSON SOARES DA COSTA	30/06/1990	14-Telefone () - - - - -	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 ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Exatante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exatante

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-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auti	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise 42-Assinatura
1-00	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				13/08/20	
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				13/08/20	
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				13/08/20	
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				13/08/20	
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				13/08/20	
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Prevista Término do Tratamento 1/1/11	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\$ 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) 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

35.782.845/0001-00

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

13/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

13/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

13/08/20

53-Data, local e Cartão da Empresa

13/08/20

JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Francisco Delmon, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SITIO LAGOS - MG



1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 10/9/10/8/12/0		4-Data de Autorização 1/3/10/8/12/0		5-Será AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7772630		7-Data Validade da Semana 10/7/11/1/2/0	
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 10/02/01252118155002059011		9-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1					
13-Nome WANDERSON SOARES DA COSTA		30/06/1990		14-Telefone (11) 1111111111		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 111016106418161011		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					

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) conforme o(s) termo(s) de consentimento informado(s) em anexo, e comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/3/11 08/11/2011 [assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/3/11 08/11/2011 [assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/3/11 08/11/2011 [assinatura]

53-Data, local e Contribuinte da Empresa
11/3/11 08/11/2011 [assinatura]

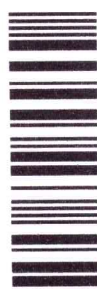
Bairro Centro - CEP: 35700-04

SEITE LAGOS-MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



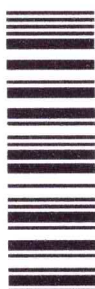
353649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/03/10 8/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772631	7-Data Validade da Guia 10/07/11 1/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Idade da Carteira 10/02/02 5/21/18 5/50/02 05/9/01	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 WANDERSON SOARES DA COSTA					
30/06/1990					
14-Telefone () - - - - -					
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 Enviar - RX (IF) 85200158-16
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	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 1 0 0 8 5 2 0 0 1 5 8	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente Registo 16	34-Face 1	35-Qtd 5	36-Quantidade US 3 3 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 Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/20					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/20					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/20					
53-Data, local e Cartão da Empresa 13/10/20					
54-Data, local e Cartão da Empresa 13/10/20					



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353659
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018	4-Data de Autorização 11/03/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772655	7-Data Validade da Senha 10/07/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252118500201601	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 WARLEY MARQUES SANTOS	23/09/1981	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WARLEY MARQUES SANTOS
----------------------------------	------------	------------------------------	--

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	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106106486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030										
		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	00			11/03/2018		
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-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	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 obrigações previstas 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, a partir da data de assinatura deste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
CLINICA ODONTOMASTER

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/03/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2018	53-Data, local e Contributo da Empresa 11/03/2018
---	---	---	--



1-Registro ANS 4066414 3-Data de Emissão da Guia 10/05/2018 4-Data de Autorização 11/03/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7765470 7-Data Validade da Senha 10/03/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020251211855002016011 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 WARLEY MARQUES SANTOS 23/09/1981 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WARLEY MARQUES SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA 18-Número no CRO 44158 19-UF MG 20-Código CBO S 04 025 - Faturar Empresa

21-Código de Operadora / CNPJ / CPE 111060648601 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/2-Assinatura
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00	0,00	13/08/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	13/08/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	13/08/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	13/08/20		
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total 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 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 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 11/03/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/2018 53-Data, local e Carimbo de Entregador 11/03/2018 54-Data, local e Carimbo de Entrega 11/03/2018

35.782.845/0001-60

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

BAIRRO

STEE



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/08/10 07/12/0

4-Data de Autorização
10/11/08/12/0

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7692468

7-Data Validade da Sentença
10/06/11 01/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/02 53/07/06 60/00/01 03

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
WILLIAM PRATES ALMEIDA

12/06/1989

14-Telefone
() - - - - -

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 ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fase	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guise	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/11/08		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
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\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 honorários 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
10/11/08/12/0
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/08/12/0
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/11/08/12/0
53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/08/12/0

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

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

SETE LAGOAS - MG