



|                                         |  |                                       |  |                                                        |  |                                                         |  |
|-----------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                        |  | 3 - Nome da Operadora                 |  | 4 - Objeto do Recurso                                  |  | 5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pelo |  |
|                                         |  | DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA |  | 2                                                      |  | 5 5 9 1 4 6                                             |  |
| 6 - Código na Operadora                 |  |                                       |  | 7 - Nome do Contratado                                 |  |                                                         |  |
| 1 9 4 7 8 2 1 8 0 0 0 1 8 4             |  |                                       |  | 35206/MG - MILLA PORTO LIMA BRUNO                      |  |                                                         |  |
| 8 - Número do Lote                      |  |                                       |  | 9 - Número do Protocolo                                |  | 10 - Código da Glosa do Protocolo                       |  |
|                                         |  |                                       |  |                                                        |  | 11 - Justificativa                                      |  |
| 12 - Justificativa                      |  |                                       |  | 12 -                                                   |  |                                                         |  |
| 13 - Número da Guia no Prestador        |  |                                       |  | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora           |  | 15 - Status                                             |  |
| 5 1 8 4 3 1                             |  |                                       |  | 5 1 8 4 3 1                                            |  | AUTORIZADO                                              |  |
| 16 - Beneficiário                       |  |                                       |  | 00202521185500282802 - ALESSANDRA BARBOSA MARTINEZ     |  |                                                         |  |
| 17 - Código da Glosa da Guia            |  |                                       |  | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) |  |                                                         |  |
|                                         |  |                                       |  |                                                        |  |                                                         |  |
| 19 -                                    |  |                                       |  | 19 -                                                   |  |                                                         |  |
| 20 - Data de Realização do Procedimento |  |                                       |  | 21 - Dente/Região                                      |  | 22 - Face                                               |  |
| 23 - Valor Recusado                     |  |                                       |  | 24 - Quantidade                                        |  | 25 - Tabela                                             |  |
| 26 - Valor Acatado                      |  |                                       |  | 27 - Procedimento/Item Assistencial                    |  | 28 - Descrição do Procedimento                          |  |
| 29 - Justificativa do Prestador         |  |                                       |  | 30 - Código da Guia                                    |  | 31 - Justificativa da Operadora                         |  |
| 32 - Valor Total Recusado (R\$)         |  |                                       |  | 33 - Valor Total Acatado (R\$)                         |  | 34 - Data do Recurso                                    |  |
| 4 0 5 1 2                               |  |                                       |  | 0 0 0                                                  |  | 0 3 0 5 2 0 2 1                                         |  |
| 35 - Assinatura do Prestador            |  |                                       |  | 36 - Data da Assinatura da Operadora                   |  | 37 - Assinatura da Operadora                            |  |
| Dr. Gustavo Medeiros                    |  |                                       |  |                                                        |  |                                                         |  |
| Endodontista                            |  |                                       |  |                                                        |  |                                                         |  |



2 - Nº Guia no Prestador

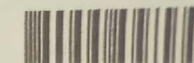
559147

| Dados dos Itens da Guia                 |                                 |           |                 |             |                                     |                                |                      |
|-----------------------------------------|---------------------------------|-----------|-----------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| 20 - Data de Realização do Procedimento | 21 - Dente/Região               | 22 - Face | 23 - Quantidade | 24 - Tabela | 25 - Procedimento/Item Assistencial | 26 - Descrição do Procedimento | 27 - Código da Glosa |
| 28 - Valor Recusado                     | 29 - Justificativa do Prestador |           |                 |             |                                     |                                |                      |
| 30 - Valor Acabado                      | 31 - Justificativa da Operadora |           |                 |             |                                     |                                |                      |

[illegible]

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>32 - Valor Total Recusado (R\$)</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2</span><span>5</span><span>5</span><span>8</span><span>4</span> </div>                                              | <b>33 - Valor Total Acatado (R\$)</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>0</span><span>0</span><span>0</span> </div> | <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br><b>Endodontista</b><br><b>CRO/MG 34583</b>                                          |
| <b>34 - Data do Recurso</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>2</span><span>1</span><span>1</span><span>0</span><span>4</span><span>2</span><span>0</span><span>2</span><span>1</span> </div> | <b>35 - Assinatura do Prestador</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>                                                                             |                                                                                                                    |
| <b>36 - Data da Assinatura da Operadora</b><br><div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1</span><span>1</span><span>1</span><span>1</span><span>1</span><span>1</span> </div>                           |                                                                                                                                                                                                | <b>37 - Assinatura da Operadora</b><br><div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |





2 - Nº Guia no Prestador

559225

|                                  |  |                                                                                                                                               |  |                                   |  |                                                        |  |
|----------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|
| 1 - Registro ANS                 |  | 3 - Nome da Operadora                                                                                                                         |  | 4 - Objeto do Recurso             |  | 5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pelo |  |
|                                  |  | DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA                                                                                                         |  | 2                                 |  | 5 5 9 2 2 5                                            |  |
| 6 - Código na Operadora          |  | 7 - Nome do Contratado                                                                                                                        |  |                                   |  |                                                        |  |
| 1 9 4 7 8 2 1 8 0 0 0 1 8 4      |  | 35206/MG - MILLA PORTO LIMA BRUNO                                                                                                             |  |                                   |  |                                                        |  |
| 8 - Número do Lote               |  | 9 - Número do Protocolo                                                                                                                       |  | 10 - Código da Glosa do Protocolo |  | 11 - Justificativa                                     |  |
|                                  |  |                                                                                                                                               |  |                                   |  |                                                        |  |
| 13 - Número da Guia no Prestador |  | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora                                                                                                  |  | 15 - Status                       |  | 16 - Beneficiário                                      |  |
| 5 2 5 2 0 9                      |  | 5 2 5 2 0 9                                                                                                                                   |  | AUTORIZADO                        |  | 00202521185500249901 - MARCIO NILO PEREIRA DOS SANTOS  |  |
| 17 - Código da Glosa da Guia     |  | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)                                                                                        |  |                                   |  | 19 -                                                   |  |
|                                  |  | O paciente havia fraturado a parede ML e estava com quadro de dor no dente. Somente com o rx não é possível realizar diagnóstico endodôntico. |  |                                   |  |                                                        |  |

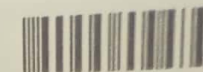
| <b>Dados dos Itens da Guia</b>                 |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            | <b>27 - Código de Glosa</b>           |                                        |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>20 - Data de Realização do Procedimento</b> | <b>21 - Dente/Régio</b>                | <b>22 - Face</b>                                                                                                                              | <b>23 - Quantidade</b> | <b>24 - Tabela</b> | <b>25 - Procedimento/Item Assistencial</b> | <b>26 - Descrição do Procedimento</b> |                                        |
| <b>28 - Valor Recusado</b>                     | <b>29 - Justificativa do Prestador</b> |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| <b>30 - Valor Acatado</b>                      | <b>31 - Justificativa da Operadora</b> |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| 1-                                             | 1 6 / 0 4 / 2 0   2 1                  | 3 6                                                                                                                                           |                        | 0 1                | 9 4                                        | 8 5   2 0   0 1   5 8                 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR |
|                                                | 2 5   5   8   4                        | O paciente havia fraturado a parede ML e estava com quadro de dor no dente. Somente com o rx não é possível realizar diagnóstico endodôntico. |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                | 0   0   0                              |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| 2-                                             |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| 3-                                             |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| 4-                                             |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| 5-                                             |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
| 6-                                             |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |
|                                                |                                        |                                                                                                                                               |                        |                    |                                            |                                       |                                        |

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| 32 - Valor Total Recusado (R\$) | 33 - Valor Total Acabado (R\$)       |
| 2 5 5 8 4                       | 0 0 0                                |
| 34 - Data do Recurso            | 35 - Assinatura do Prestador         |
| 1 6 0 4 2 0 2 1                 | Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista |
|                                 | 36 - Data da Assinatura da Operadora |
|                                 | 37 - Assinatura da Operadora         |

Dr. Gustavo Medeiros  
Endodontista  
CROMG 34883

[illegible]





2 - Nº Guia no Prestador

**559326**

|                      |                                                                       |                                   |                                                                               |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 - Registro ANS<br> | 3 - Nome da Operadora<br><b>DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA</b> | 4 - Objeto do Recurso<br><b>2</b> | 5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela<br><b>5 5 9 3 2 6</b> |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                                          |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 6 - Dados do Contratado<br>6 - Código na Operadora<br><b>1 9 4 7 8 2 1 8 0 0 0 1 8 4</b> | 7 - Nome do Contratado<br><b>35206/MG - MILLA PORTO LIMA BRUNO</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|

|                                                             |                             |                                       |                        |          |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------|
| 8 - Dados do Recurso do Protocolo<br>8 - Número do Lote<br> | 9 - Número do Protocolo<br> | 10 - Código da Glosa do Protocolo<br> | 11 - Justificativa<br> | 12 -<br> |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------|----------|

|                                                                                       |                                                                    |                                  |                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 9 - Dados do Recurso da Guia<br>3 - Número da Guia no Prestador<br><b>5 3 9 9 4 8</b> | 14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora<br><b>5 3 9 9 4 8</b> | 15 - Status<br><b>AUTORIZADO</b> | 16 - Beneficiário<br><b>00202521185500255301 - RAFAEL SOARES OLIVEIRA</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

|                                  |                                                            |          |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|
| 17 - Código da Glosa da Guia<br> | 18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)<br> | 19 -<br> |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------|

|                                                                                                                       |                                                                                                      |                 |             |                                     |                                |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| 10 - Dados dos Itens da Guia<br>20 - Data de Realização do Procedimento<br>28 - Valor Recursado<br>30 - Valor Acatado | 21 - Dente/Região<br>22 - Face<br>29 - Justificativa do Prestador<br>31 - Justificativa da Operadora | 23 - Quantidade | 24 - Tabela | 25 - Procedimento/Item Assistencial | 26 - Descrição do Procedimento | 27 - Código da Glosa |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|-------------------------------------|--------------------------------|----------------------|

|                               |                                                        |            |            |                        |                                                 |                |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|------------|------------------------|-------------------------------------------------|----------------|
| 1- <b>0 3   0 5   2 0 2 1</b> | <b>2 6</b>                                             | <b>0 1</b> | <b>9 4</b> | <b>8 5 2 0 0 1 0 7</b> | <b>RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR</b> | <b>3 0 4 0</b> |
| <b>4 0 5 1 2</b>              | <b>segue rx inicial feito pela clínica radiológica</b> |            |            |                        |                                                 |                |
| <b>0 0 0</b>                  |                                                        |            |            |                        |                                                 |                |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 2- |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 3- |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 4- |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 5- |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |

|    |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|
| 6- |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |
|    |  |  |  |  |  |  |

|                                                      |                                                |                                                                           |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 32 - Valor Total Recursado (R\$)<br><b>4 0 5 1 2</b> | 33 - Valor Total Acatado (R\$)<br><b>0 0 0</b> | <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br><b>Endodontista</b><br><b>CRO/MG 34583</b> |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

|                                                    |                              |                                          |                              |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|
| 34 - Data do Recurso<br><b>0 3   0 5   2 0 2 1</b> | 35 - Assinatura do Prestador | 36 - Data da Assinatura da Operadora<br> | 37 - Assinatura da Operadora |
|----------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|



497328  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                                  |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2011 | 4-Data de Autorização<br>11/10/2011 | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>8380177 | 7-Data Validade da Senha<br>09/10/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                          |  |                                              |  |                                                        |                                          |                                     |                                       |
|------------------------------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                    |  | 8-Número da Carteira<br>00202521185500031302 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                         | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JOAO AUGUSTO DE ARAUJO GUSMAO |  | 14-Telefone<br>01/10/2006                    |  | 15-Nome do titular do plano<br>JULIANA KELLY DE ARAUJO |                                          |                                     |                                       |

|                                                              |  |                                                            |  |                                                                |                 |                           |                |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------|----------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |  | 16-Atendimento a RN<br>N                                   |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA |                 | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG    | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |  | 23-Número no CRO<br>35206                                      |                 | 24-UF<br>MG               | 25-Código CNES |                       |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |  | 27-Número no CRO<br>35206                                  |  | 28-UF<br>MG                                                    | 29-Código CBO S |                           |                |                       |                          |

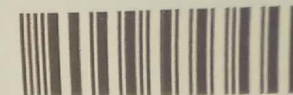
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 10/05/11              |                    |               |
| 2-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 10/05/11              |                    |               |
| 3-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 10/05/11              |                    |               |
| 4-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 10/05/11              |                    |               |
| 5-        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 10/05/11              |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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

|               |  |                                                                             |  |                                                                  |  |                                                                       |  |                                            |  |
|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 49-Observação |  | 50-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista-Executante<br>10/06/11 |  | 51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista<br>10/06/11 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/06/11 |  | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |
|---------------|--|-----------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|





518244  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/04/21 | 4-Data de Autorização<br>01/06/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8462834 | 7-Data Validade da Senha<br>07/07/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500053404 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>SARAH OLIVEIRA DA COSTA PIRES     |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>MICHAEL DE OLIVEIRA PIRES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |                 |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206                                      | 28-UF<br>MG               | 29-Código CBO S |                       |                          |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 51              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/05/21              |                    |               |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 61              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 17/05/21              |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                     |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                                                                               |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <p><b>Dra. Kelly V. Lopes</b><br/>Cirurgiã Dentista<br/>CRO-MG-56005</p> <p>50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br/>17/05/21</p> | <p><b>Dra. Kelly V. Lopes</b><br/>Cirurgiã Dentista<br/>CRO-MG-56005</p> <p>51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br/>17/05/21</p> | <p>52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br/>17/05/21</p> | <p>53-Data, local e Carimbo da Empresa<br/>/ /</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|



536750  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>28/04/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>536750 | 7-Data Validade da Senha<br>28/04/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

|                                                               |                                                                |                                |                                      |                                                                    |                                       |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202530831800000101                  |                                                                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ISABEL CRISTINA GONÇALVES VALADARES                |                                                                |                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do titular do plano<br>ISABEL CRISTINA GONÇALVES VALADARES |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento               |                                                                |                                |                                      |                                                                    |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206      | 19-UF<br>MG                          | 20-Código CBO S<br>06                                              | 025 -                                 |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656            | 22-Nome do Contratado Exe cutante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO    | 23-Número no CRO<br>35206      | 24-UF<br>MG                          | 25-Código CNES                                                     |                                       |
| 26-Nome do Profissional Exe cutante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206      | 28-UF<br>MG                          | 29-Código CBO S                                                    |                                       |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 28/04/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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<br>28/04/21 - MG: 34583 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>28/04/21 - MG: 34583 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>28/04/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





540120  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|--|--|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/05/21                                                                      |                 | 4-Data de Autorização<br>05/05/21                                         |        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                       |          | 6-Número da Guia Principal<br>8545065                                 |        | 7-Data Validade da Senha<br>01/08/21  |                    |                                            |  |  |  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202535106400000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                            |        | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA        |          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                   |        | 12-Número de Cartão Nacional de Saúde |                    |                                            |  |  |  |
| 13-Nome<br>JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        | 14-Telefone<br>20/04/1995                   |          | 15-Nome do titular do plano<br>JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA                                             |                 |                                                                           |        | 18-Número no CRO<br>35206                   |          | 19-UF<br>MG                                                           |        | 20-Código CBO S<br>06                 |                    |                                            |  |  |  |
| 21-Código na Operadora / CNFJ / CPF<br>05314653656                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO                                                 |                 |                                                                           |        | 23-Número no CRO<br>35206                   |          | 24-UF<br>MG                                                           |        | 25-Código CNES                        |                    |                                            |  |  |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        | 27-Número no CRO<br>35206                   |          | 28-UF<br>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-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO                                                                                     | 16              |                                                                           | 1      | 533,00                                      | 0,00     |                                                                       | S      | 27/05/21                              |                    | Jennifer                                   |  |  |  |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000421                | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMSD            |                                                                           | 1      | 14,00                                       | 0,00     |                                                                       | S      | 27/05/21                              |                    | Jennifer                                   |  |  |  |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                 |                                                                           |        | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |          | 46-Total Quantidade US<br>547,00                                      |        | 47-Valor Total R\$<br>0,00            |                    | 48-Total Franquia / Co-participação R\$    |  |  |  |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| <div> <div> <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br/>Endodontista<br/>CRO/MG 34583 </div> <div> <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br/>Endodontista<br/>CRO/MG 34583 </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                           |        |                                             |          |                                                                       |        |                                       |                    |                                            |  |  |  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>27/05/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>27/05/21 |        |                                             |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>27/05/21   |        |                                       |                    | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |  |  |



540144  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>03/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>AGUARDANDO TOKEN DO | 6-Número da Guia Principal<br>8545166 | 7-Data Validade da Sanha<br>01/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                              |  |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>00202536265000000101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                              |  |                           |                                                                  |
|----------------------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>GABRIELA APARECIDA ALVES LEOCADIO |  | 14-Telefone<br>22/11/1990 | 15-Nome do titular do plano<br>GABRIELA APARECIDA ALVES LEOCADIO |
|----------------------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------------------------------------|

|                                                 |  |                          |                                                                |                           |             |                       |       |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |                                                                      |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(IF) 85200140-14<br>(IF) 85200140-15<br>(I) 81000421- |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|----------------------------------------------------------------------|

|                                                              |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>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-        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 14              |         | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 |        | 19/05/2021            |                    |               |
| 2-        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 15              |         | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 |        | 19/05/2021            |                    |               |
| 3-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 19/05/2021            |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                      |                                                                                                      |                                                                                               |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/05/21 Milla Porto Lima Bruno<br>CRO/MG 34583 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/05/21 Gabriela Alves Leocadio | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





540854  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------------------------------|----------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/05/21                                                                      |                 | 4-Data de Autorização<br>/ /                                               |        | 5-Senha<br>AGUARDANDO TOKEN DO            |          | 6-Número da Guia Principal<br>8547788                                         |        | 7-Data Validade da Senha<br>02/08/21                            |                                  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 8-Número da Carteira<br>00202534727500000101                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                             |        | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA      |          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                           |        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                           |                                  |
| 13-Nome<br>JULIANA APARECIDA ALVES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        | 14-Telefone<br>01/03/1987                 |          | 15-Nome do titular do plano<br>JULIANA APARECIDA ALVES                        |        |                                                                 |                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA                                             |                 |                                                                            |        | 18-Número no CRO<br>35206                 |          | 19-UF<br>MG                                                                   |        | 20-Código CBO S<br>06 025 -                                     |                                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO                 |        | 23-Número no CRO<br>35206                 |          | 24-UF<br>MG                                                                   |        | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200158-36 (I) 81000421- |                                  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        | 27-Número no CRO<br>35206                 |          | 28-UF<br>MG                                                                   |        | 29-Código CBO S<br>(IF) 85200158-48 (I) 81000421-               |                                  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 30-Tabella                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 85200158                  | TRATAMENTO ENDODÔNTICO                                                                                     | 36              | 1                                                                          | 1      | 533,00                                    | 0,00     |                                                                               |        | 27/05/21                                                        | Juliana                          |
| 2-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 85200158                  | TRATAMENTO ENDODÔNTICO                                                                                     | 48              | 1                                                                          | 1      | 533,00                                    | 0,00     |                                                                               |        | 27/05/21                                                        | Juliana                          |
| 3-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 81000421                  | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMIE            | 1                                                                          | 1      | 14,00                                     | 0,00     |                                                                               |        | 27/05/21                                                        | Juliana                          |
| 4-00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 81000421                  | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMID            | 1                                                                          | 1      | 14,00                                     | 0,00     |                                                                               |        | 27/05/21                                                        | Juliana                          |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                 |                                                                            |        | 45-Tipo do Pagamento<br>1-Total 2-Parcial |          | 46-Total Quantidade US<br>0,00                                                |        | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                      |                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          | 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                       |        |                                                                 |                                  |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br/> <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br/> <b>Endodontista</b><br/> <b>CRO/MG 34583</b> </div> <div> <b>Dr. Gustavo Medeiros</b><br/> <b>Endodontista</b><br/> <b>CRO/MG 34583</b> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |
| 50-Data, local e Assinatura do Dirigente-Dentista Solicitante<br>27/05/21 CRO/MG 34583                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                           |                                                                                                            |                 | 51-Data, local e Assinatura do Dirigente-Dentista<br>27/05/21 CRO/MG 34583 |        |                                           |          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/05/21 Juliana |        |                                                                 |                                  |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |                                                                                                            |                 |                                                                            |        |                                           |          |                                                                               |        |                                                                 |                                  |



543267  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/05/21 | 4-Data de Autorização<br>06/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8557251 | 7-Data Validade da Senha<br>03/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500064101 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |                      |                                                             |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>UILIAN DOUGLAS SILVA MARQUES | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>UILIAN DOUGLAS SILVA MARQUES |
|-----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|

|                          |  |                                                                |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|--|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|--|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|---------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(IF) 85200166-45 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|---------------------------------|

|                                                              |                           |             |                 |                   |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|-------------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S | (I) 81000421-RPIE |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|-------------------|

| 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         | 0085200166                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 45              |         | 1      | 258,00           | 0,00     |                                 | S      | 07/05/21              |                     |               |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 07/05/21              |                     |               |
| 3         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 4         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                     |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>272,00 | 47-Valor Total R\$<br>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) 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  
paciente disse que ja cancelou a guia da restauracao

Dr. Gustavo Medeiros

|                                                                                         |                                                                                                              |                                                                       |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/05/21 Endodontista CRO/MG 34583 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>07/05/21 Dr. Gustavo Medeiros Endodontista CRO/MG 34583 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>07/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





547801  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                              |                                  |                                      |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/10/2015 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>547801 | 7-Data Validade da Senha<br>09/10/2015 |
|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                      |                                                        |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202534727500000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JULIANA APARECIDA ALVES           |                                | 14-Telefone<br>01/03/1987            | 15-Nome do titular do plano<br>JULIANA APARECIDA ALVES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |                             |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 85100218 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       | (I) 85100218                |

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-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | N      | 11/05/2015            |                    | Juliana       |
| 2-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | N      | 11/05/2015            |                    | Juliana       |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 35              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 11/05/2015            |                    | Juliana       |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>305,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                                          |                                                                                                                              |                                                                                      |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/10/2015<br>Dr. Kelly V. Lopes<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/10/2015<br>Dr. Kelly V. Lopes<br>Cirurgião-Dentista<br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ /<br>Juliana A. Alves | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



548106  
INTERCÂMBIO

|                                                                |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
|----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       |  | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/21                          |  | 4-Data de Autorização<br>12/05/21 |  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                    |  | 6-Número da Guia Principal<br>8575781 |  | 7-Data Validade da Senha<br>09/08/21  |  |
| Dados do Beneficiário                                          |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500304002                   |  |                                                                |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA    |  | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
| 13-Nome<br>CRISTIANO VICENTE GOMES                             |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 14-Telefone<br>( ) -                                           |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 15-Nome do titular do plano<br>BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA |  |                                   |  | 18-Número no CRO<br>35206                |  | 19-UF<br>MG                           |  | 20-Código CBO S<br>06                 |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656             |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     |  |                                   |  | 23-Número no CRO<br>35206                |  | 24-UF<br>MG                           |  | 25-Código CNES                        |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO   |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 27-Número no CRO<br>35206                                      |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 28-UF<br>MG                                                    |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 29-Código CBO S                                                |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| 025 - Faturar Empresa                                          |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                |  |                                                                |  |                                   |  |                                          |  |                                       |  |                                       |  |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000030                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    |               |
| 2-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    |               |
| 3-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    |               |
| 4-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    |               |
| 5-00      | 85300047                  | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                  |  |                            |  |                                         |  |
|-----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>178,00 |  | 47-Valor Total R\$<br>0,00 |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |  |
|-----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|--|-----------------------------------------|--|

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

49-Observação

|                                                                                                               |  |                                                                                                   |  |                                                                                                       |  |                                            |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/05/21 Dr. Kelly V. Lopes<br>CRO-MG: 56005 |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/05/21 Dr. Kelly V. Lopes<br>CRO-MG: 56005 |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/05/21 Bruna Silveira Teixeira da Cruz |  | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|





548127  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/21 | 4-Data de Autorização<br>12/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8575835 | 7-Data Validade da Senha<br>09/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                                        |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500125702 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>GRECIELLE MIRAINI SILVA VIEIRA    |                                | 14-Telefone<br>11/07/1984                | 15-Nome do titular do plano<br>REGINALDO ARAUJO VIEIRA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |                          |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>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-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 2-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 3-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 4-        | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 5-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 11/05/21              |                    |               |
| 6-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 e 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<br>11/05/21 Dr. Kelly Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/05/21 Dr. Kelly Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/05/21 x | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



548864  
INTERCÂMBIO

|                          |                                              |                                          |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>1 2 / 0 5 / 2 1 | 4-Data de Autorização<br>1 2 / 0 5 / 2 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8578587 | 7-Data Validade da Senha<br>1 0 / 0 8 / 2 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                               |                                |                                               |                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 3 7 6 1 7 4 0 0 0 0 1 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>CARLIANA ALVES                                     | 14-Telefone<br>21/11/1973      | 15-Nome do titular do plano<br>CARLIANA ALVES |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |                 |                       |                                                     |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0 5 3 1 4 6 5 3 6 5 6 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(IF) 85200115-21<br>(I) 81000421-RIS |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206                                      | 28-UF<br>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-        | 0 0 8 5 2 0 0 1 1 5       | RETRATAMENTO          | 21              |         | 1      | 3 8 5,0 0        | 0,0 0    |                                 | S      | 12/05/12              |                    | Carliana      |
| 2-        | 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0       | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 3 4,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 12/05/12              |                    | Carliana      |
| 3-        | 0 0 8 1 0 0 0 4 2 1       | RX PERIAPICAL         | RIS             |         | 1      | 1 4,0 0          | 0,0 0    |                                 | S      | 12/05/12              |                    | Carliana      |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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

49-Observação

**Dr. Gustavo Medeiros**  
Endodontista

|                                                                                           |                                                                                                                       |                                                                                       |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/05/12<br>CRO/MG 34583 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/05/12<br>Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>12/05/12<br>Carliana Alves | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4\*



549593  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                                            |                                          |                                                                |                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>11/07/2017                        | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO         | 6-Número da Guia Principal<br>549593                           | 7-Data Validade da Senha<br>10/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                                            |                                          |                                                                |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500291302                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/21 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                          |                                      |
| 13-Nome<br>PEDRO ABRAAO MARQUES MOREIRA                      |                                                                |                                                            | 14-Telefone<br>(11) 1111-1111            | 15-Nome do titular do plano<br>VINICIUS MARQUES DE PAULA COSTA |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                                            |                                          |                                                                |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA |                                                            | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                                    | 20-Código CBO S<br>06 025 -          |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           |                                                                | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                                    | 25-Código CNES                       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                |                                                            | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>MG                                                    | 29-Código CBO S                      |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição              | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 2         | 0081000014                | CONDICIONAMENTO EM        |                 |         | 1      | 70,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 7         | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | N      | 12/05/21              |                    | x Jéssica     |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>316,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                                                                                     |                                                                                                                         |                                                                                 |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/05/21 Dr. Kelly D. Lopes<br>Cirurgião Dentista<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/05/21 Dr. Kelly D. Lopes<br>Cirurgião Dentista<br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/05/21 x Jéssica | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/21 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|



549695  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                          |                                                                |                                       |                                                         |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>12/05/21        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>8581338 | 7-Data Válida de Senha<br>10/08/21                      |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                          |                                                                |                                       |                                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500304004                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Válida de Carteira<br>/ /                              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                         |
| 13-Nome<br>ISAAC FERNANDO TEIXEIRA GOMES                     |                                                                | 14-Telefone<br>20/12/2010                | 15-Nome do titular do plano<br>BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ |                                       |                                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                          |                                                                |                                       |                                                         |
| 16-Alendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                                    | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                                    | 25-Código CNES                        |                                                         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 12              | MP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 |        | 12/05/21              |                    | Bruna         |
| 2-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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

|               |                                                                           |                                                               |                                                                       |                                            |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>12/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





549725  
INTERCÂMBIO

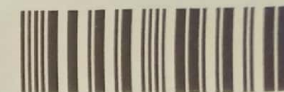
|                                                              |                                       |                                   |                                                                |                                                                |                                       |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/05/21 | 4-Data de Autorização<br>12/05/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>8581479                          | 7-Data Validação da Senha<br>10/08/21 |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500304001                 |                                       |                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                       | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   |
| 13-Nome<br>BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ                   |                                       |                                   | 14-Telefone<br>21/05/1989                                      | 15-Nome do titular do plano<br>BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     |                                       |                                   | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206                                      | 19-UF<br>MG                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           |                                       |                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206                                      | 24-UF<br>MG                           |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                       |                                   | 27-Número no CRO<br>35206                                      | 28-UF<br>MG                                                    | 29-Código CBO S                       |
| 20-Código CBO S<br>06                                        |                                       |                                   | 25-Código CNES                                                 |                                                                |                                       |
|                                                              |                                       |                                   | 025 - Faturar Empresa                                          |                                                                |                                       |
|                                                              |                                       |                                   | Enviar - RX (I) 85100200                                       |                                                                |                                       |

| 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-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | MO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/05/21              |                    | x Bruno       |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/05/21              |                    | x Bruno       |
| 3-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/05/21              |                    | x Bruno       |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>210,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 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<br>12/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/05/21 x Bruno | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



550229  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>550229 | 7-Data Validade da Senha<br>11/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                                |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                       | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500304001 |  |                                |                                                                |                                     |                                       |
| 13-Nome<br>BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ   |  | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>BRUNA SILVEIRA TEIXEIRA DA CRUZ |                                     |                                       |
|                                              |  | 21-05/1989                     |                                                                |                                     |                                       |

|                                                              |                                                                |                           |                 |                       |       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA |                           |                 |                       |       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206                                      | 28-UF<br>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         | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO | 25              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | N      | 13/05/21              |                    | Bruma         |
| 2         | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO | 15              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | N      | 13/05/21              |                    | Bruma         |
| 3         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>146,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 e 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<br>13/05/21<br>Dr. Kelly V. Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>13/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>13/05/21<br>Bruma | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





552152  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                          |                                                        |                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>11/05/21        | 5-Senha<br>AGUARDANDO TOKEN DO                         | 6-Número da Guia Principal<br>8589962 | 7-Data Validade da Senha<br>12/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                          |                                                        |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500125702                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/05/21               | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>GRECIELLE MIRAINI SILVA VIEIRA                    |                                                                | 14-Telefone<br>11/07/1984                | 15-Nome do titular do plano<br>REGINALDO ARAUJO VIEIRA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                          |                                                        |                                       |                                      |
| 16-Atendimento e RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                            | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -                                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                            | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(IF) 85200158-47      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>MG                                            | 29-Código CBO S                       | (I) 81000421-                        |

| 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-        | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 47              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 |        | 18/05/2021            |                    |               |
| 2-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 18/05/2021            |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                |                            |                                         |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/05/21 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>0,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                       |                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/05/21 | 53-Dado, local e Carimbo da Empresa |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|



553142  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>553142 | 7-Data Validade da Senha<br>15/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                                          |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500053403 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ARTHUR OLIVEIRA DA COSTA PIRES    |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>MICHAEL DE OLIVEIRA PIRES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |       |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição              | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 2         | 0081000014                | CONDICIONAMENTO EM        |                 |         | 1      | 70,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 3         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 4         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 5         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 6         | 00840000198               | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIH            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 7         | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>316,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |                                                                           |                                                               |                                                                       |                                     |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>17/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|





553387  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                          |                                                             |                                       |                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>17/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>/ /             | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                            | 6-Número da Guia Principal<br>553387  | 7-Data Validade da Senha<br>15/08/21 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                          |                                                             |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500094101                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 13-Nome<br>RODRIGO DE MEDEIROS BAPTISTA                      |                                                                | 14-Telefone<br>22/01/1979 (31) 3775-3422 | 15-Nome do titular do plano<br>RODRIGO DE MEDEIROS BAPTISTA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                          |                                                             |                                       |                                      |
| 16-Alimentação a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                                 | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -                                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                                 | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>MG                                                 | 29-Código CBO S                       |                                      |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 17/05/21              |                    |               |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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<br>17/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>17/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>17/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



554309  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>554309 | 7-Data Validade da Senha<br>16/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                                         |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500037701 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>THIAGO MONT ALVAO CORREA          |                                | 14-Telefone<br>22/03/1986                | 15-Nome do titular do plano<br>THIAGO MONT ALVAO CORREA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |       |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    | Thiago        |
| 2         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    | Thiago        |
| 3         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    | Thiago        |
| 4         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    | Thiago        |
| 5         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    | Thiago        |
| 6         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                           |                                                               |                                                                       |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>18/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Dr. Kelly V. Lopes  
Cirurgião-Dentista  
CRO-MG: 56005

Dr. Kelly V. Lopes  
Cirurgião-Dentista  
CRO-MG: 56005





554404  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>554404 | 7-Data Validade da Senha<br>16/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                          |                                                        |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500125703 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MATHEUS GABRIEL SILVA VIEIRA      |  |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>REGINALDO ARAUJO VIEIRA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |       |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 47              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |               |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                                                               |                                                                                                   |                                                                           |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>18/05/21<br>Dr. Kelly Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/05/21<br>Dr. Kelly Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/05/21<br> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



554394  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                                            |                                          |                                                        |                                       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>18/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>/ /                               | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO         | 6-Número da Guia Principal<br>554394                   | 7-Data Validade da Senha<br>18/08/21  |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                                            |                                          |                                                        |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500125703                 |                                                                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                             | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MATHEUS GABRIEL SILVA VIEIRA                      |                                                                |                                                            | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>REGINALDO ARAUJO VIEIRA |                                       |
| 27/05/2005                                                   |                                                                |                                                            |                                          |                                                        |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                                            |                                          |                                                        |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA |                                                            | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                            | 20-Código CBO S<br>06 025 -           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           |                                                                | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                            | 25-Código CNES                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                |                                                            | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>MG                                            | 29-Código CBO S                       |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição              | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Resposta |
|-----------|---------------------------|---------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA     |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |             |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |             |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |             |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |             |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO     | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |             |
| 6         | 0084000090                | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     |                                 | N      | 18/05/21              |                    |             |
| 7         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |             |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>246,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                           |                                                               |                                                                       |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>18/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>18/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>18/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





556150  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>556150 | 7-Data Validade da Senha<br>17/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500159405 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |                               |                                     |                                     |                                       |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 13-Nome<br>ENZO GABRIEL RODRIGUES MATOS | 14-Telefone<br>(31) 2107-2833 | 15-Data de Nascimento<br>14/07/2015 | 16-Data Validade da Carteira<br>/ / | 17-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                |                           |             |                       |                                       |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------------------|
| 18-Atendimento a RN<br>N | 19-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 20-Número no CRO<br>35206 | 21-UF<br>MG | 22-Código CBO S<br>06 | 23-Data Validade da Carteira<br>025 - |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|---------------------------------------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------|
| 24-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656 | 25-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 26-Número no CRO<br>35206 | 27-UF<br>MG | 28-Código CNES | 29-Código CBO S |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------|

|                                                              |                           |             |                |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------|
| 30-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 31-Número no CRO<br>35206 | 32-UF<br>MG | 33-Código CNES | 34-Código CBO S |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 84              | D       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 19/05/21              |                    | Marcus        |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 85              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 19/05/21              |                    | Marcus        |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 51              | M       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 19/05/21              |                    | Marcus        |
| 4         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                           |                                                               |                                                                       |                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>19/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>19/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|

Dr. Kelly V. Lopes  
Cirurgião-Dentista  
CRO-MG: 56005

Dr. Kelly V. Lopes  
Cirurgião-Dentista  
CRO-MG: 56005



557604  
INTERCÂMBIO

|                          |                                          |                                |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/01/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>557604 | 7-Data Validade da Senha<br>18/08/21 |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                              |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>00202535311500000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                       |                      |                                                           |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>CRISTINA FERREIRA DA COSTA | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>CRISTINA FERREIRA DA COSTA |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                              |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>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-        | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO | 48              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | N      | 20/05/21              |                    | <i>Dr. Kelly V. Lopes</i> |
| 2-        | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO | 17              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | N      | 20/05/21              |                    | <i>Dr. Kelly V. Lopes</i> |
| 3-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 4-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 5-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 6-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 7-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 8-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 9-        |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 10-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 11-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 12-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 13-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 14-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |
| 15-       |                           |                     |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                           |

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

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                      |                                                                                                          |                                                                                                    |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>20/05/21 <i>Dr. Kelly V. Lopes</i><br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>20/05/21 <i>Dr. Kelly V. Lopes</i><br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / <i>CRISTINA FERREIRA DA COSTA</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





561213  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>24/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>561213 | 7-Data Validade da Senha<br>22/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                             |                                |                                          |                                                         |                                       |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500023702                | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LINDALVA MANDU DE OLIVEIRA MARQUES<br>21/11/1984 |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>GERALDO MARQUES OLIVEIRA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |       |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA   |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO   | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO   | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO   | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO   | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 6         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 7         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 8         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 9         | 0085300047                | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE            |         | 1      | 36,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 10        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA      | 23              | P       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 24/05/21              |                    | Lindalva      |
| 11        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>379,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                  |                                                                                                      |                                                                                                             |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>24/05/21<br>Dr. Kelly D. Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>24/05/21<br>Dr. Kelly D. Lopes<br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>24/05/21<br>Lindalva Mandu de Oliveira Marques | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



562452  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>24/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>562452 | 7-Data Validade da Senha<br>22/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                          |                                                        |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>000202521185500202301 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JUNIO TEIXEIRA DE SALES            |                                | 14-Telefone<br>03/10/1995                | 15-Nome do titular do plano<br>JUNIO TEIXEIRA DE SALES |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |                                                             |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento e RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -                                                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 85100218<br>(I) 85100218<br>(I) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>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-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 36              | OMD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | N      | 20/05/21              |                    | Junio         |
| 2-        | 0085100218                | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | OMD     | 1      | 122,00           | 0,00     |                                 | N      | 20/05/21              |                    | Junio         |
| 3-        | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | OP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | N      | 20/05/21              |                    | Junio         |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>332,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                           |                                                                                                           |                                                                                                |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>20/05/21 CRO-MG: 56005<br><i>Dra. Kelly V. Lopes</i> | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista<br>20/05/21 CRO-MG: 56005<br><i>Dra. Kelly V. Lopes</i> | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>20/05/21<br><i>Junio Teixeira</i> | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





565903  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/05/21 | 4-Data de Autorização<br>01/06/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8636840 | 7-Data Validade da Senha<br>25/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                |                                          |                                     |                                       |
|-----------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                        |                      |                                                            |
|----------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>FABRIZIO HELENO ROCHA SILVA | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>FABRIZIO HELENO ROCHA SILVA |
|----------------------------------------|----------------------|------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                |                           |             |                       |                          |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(IF) 85200166-13 (I) 81000421-<br>(IF) 85200140-14 (I) 81000421-RPSE<br>(IF) 85200158-37 (I) 81000421- |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                              |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>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.        | 0085200166                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 13              |         | 1      | 258,00           | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 2.        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 14              |         | 1      | 33,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 3.        | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 37              |         | 1      | 53,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 4.        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RCSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 5.        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 6.        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 7.        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Fabrizio      |
| 8.        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9.        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10.       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11.       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12.       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13.       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14.       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15.       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>120,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

Dr. Gustavo Medeiros

|                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                   |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante<br>27/05/21<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista<br>27/05/21<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/05/21<br>Fabrizio | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



565908  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/05/21 | 4-Data de Autorização<br>01/06/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8636852 | 7-Data Validade da Senha<br>25/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                       |  |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                   |                           |                                                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA | 14-Telefone<br>20/04/1995 | 15-Nome do titular do plano<br>JENNIFER STEPHANIE SANTANA DE OLIVEIRA |
|---------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |                 |                       |                                                             |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(IF) 85200158-17 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        |                                                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206                                      | 28-UF<br>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-        | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 17              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Jennifer      |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    | Jennifer      |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>533,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                      |                                                      |                                                              |                                                                  |                                                                       |                                     |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 50-Data, local e Assinatura do Conselho Dentista<br>27/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista<br>27/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|





565910  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                          |                                                             |                                       |                                                  |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>01/06/21        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                       | 6-Número da Guia Principal<br>8636868 | 7-Data Validade da Senha<br>25/08/21             |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                          |                                                             |                                       |                                                  |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500174602                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                  |
| 13-Nome<br>KELLY MARCILIA DOS SANTOS                         |                                                                | 14-Telefone<br>25/01/1990                | 15-Nome do titular do plano<br>LUCAS FERREIRA DE FIGUEIREDO |                                       |                                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                          |                                                             |                                       |                                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                                 | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -<br>Faturar Empresa                         |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                                 | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(IF) 85200158-46<br>(I) 81000421- |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>MG                                                 | 29-Código CBO S                       |                                                  |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0085200158                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 46              |         | 1      | 533,00           | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 2-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 3-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>581,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |                                                      |                                                   |                                                           |                                     |
|---------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 49-Observação | Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|



565981  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/05/21 | 4-Data de Autorização<br>01/06/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8638716 | 7-Data Validade da Senha<br>25/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500089303 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                            |                               |                                                                |
|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>GUSTAVO GABRIEL DE ABREU XAVIER | 14-Telefone<br>(31) 3176-0939 | 15-Nome do titular do plano<br>CARLOS ROBERTO XAVIER GUIMARAES |
|--------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |                 |                       |                                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>06 | 025 -<br>Faturar Empresa                             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(IF) 85200166-25<br>(I) 81000421-RPSE |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206                                      | 28-UF<br>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-        | 0085200166                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 25              |         | 1      | 258,00           | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Dr. Gustavo Medeiros |
| 2-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Dr. Gustavo Medeiros |
| 3-        | 0081000189                | DIAGNOSTICO E          |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/05/21              |                    | Dr. Gustavo Medeiros |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                      |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>306,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|                                                                       |                                                                              |                                                                                                                         |                                                                                            |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 49-Observação<br>Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 50-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista Solicitante<br>27/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista Contratado<br>Dr. Gustavo Medeiros<br>Endodontista<br>CRO/MG 34583 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>27/05/21 Dr. Gustavo Medeiros | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





566848  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>566848 | 7-Data Validade da Senha<br>27/05/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                                             |                                       |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500094102 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                    | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>CILEA GUIMARAES BAPTISTA          |                                | 14-Telefone<br>(31) 3775-3422                               | 15-Data Validade da Carteira          |                                       |
| 13-Data de Nascimento<br>26/02/1978          |                                | 15-Nome do titular do plano<br>RODRIGO DE MEDEIROS BAPTISTA |                                       |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                              |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 205 - |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        |       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |       |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 27/05/21              |                    |               |
| 2-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 26              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | N      | 27/05/21              |                    |               |
| 3-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                          |  |                                                                          |  |                                                                               |  |                                                    |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| <p><b>Dra. Kelly V. Lopes</b><br/>Cirurgiã Dentista<br/>CRO-MG-56005</p> |  | <p><b>Dra. Kelly V. Lopes</b><br/>Cirurgiã Dentista<br/>CRO-MG-56005</p> |  | <p>52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br/>27/05/21</p> |  | <p>53-Data, local e Carimbo da Empresa<br/>/ /</p> |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|



568785  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                          |                                                         |                                       |                                           |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>13/11/05/12/1                     | 4-Data de Autorização<br>/ / /           | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                        | 6-Número da Guia Principal<br>568785  | 7-Data Validade da Senha<br>29/11/08/12/1 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                          |                                                         |                                       |                                           |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500037702                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / /                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                           |
| 13-Nome<br>RAQUEL COSTA DE ALCANTARA MONT ALVAO              |                                                                | 14-Telefone<br>29/09/1987 ( ) -          | 15-Nome do titular do plano<br>THIAGO MONT ALVAO CORREA |                                       |                                           |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                          |                                                         |                                       |                                           |
| 16-Alendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206                | 19-UF<br>MG                                             | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -                                     |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206                | 24-UF<br>MG                                             | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 85100218               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206                | 28-UF<br>MG                                             | 29-Código CBO S                       |                                           |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-------------------------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--|--|--|--|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 1-00                                            | 85100218                  | RESTAURAÇÃO RESINA | 37              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    | N 31/05/21    |
| 2-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-                                              |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-                                             |                           |                    |                 |         |        |                  |          |  |  |  |  |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 pelo contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |                                                                  |                                                                  |                                                                           |                                                               |                                                                       |                                            |
|---------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 49-Observação | <b>Dra. Kelly V. Lopes</b><br>Cirurgião Dentista<br>CRO-MG 66005 | <b>Dra. Kelly V. Lopes</b><br>Cirurgião Dentista<br>CRO-MG 66005 | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>31/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>31/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|---------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|





569024  
INTERCÂMBIO

|                                                              |                                                                |                                      |                                                                    |                                       |                                                      |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>31/05/21                          | 4-Data de Autorização<br>/ /         | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                                   | 6-Número da Guia Principal<br>569024  | 7-Data Validade da Senha<br>29/08/21                 |
| Dados do Beneficiário                                        |                                                                |                                      |                                                                    |                                       |                                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202537039700000101                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                 | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                      |
| 13-Nome<br>ANDREIA APARECIDA BARBOSA FERNANDES               |                                                                | 14-Telefone<br>( ) -                 | 15-Nome do Titular do plano<br>ANDREIA APARECIDA BARBOSA FERNANDES |                                       |                                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento              |                                                                |                                      |                                                                    |                                       |                                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206            | 19-UF<br>MG                                                        | 20-Código CBO S<br>06                 | 025 -                                                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656           | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO     | 23-Número no CRO<br>35206            | 24-UF<br>MG                                                        | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(IF) 85200166-11<br>(I) 81000421-RPSE |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO |                                                                | 27-Número no CRO<br>35206            | 28-UF<br>MG                                                        | 29-Código CBO S                       | (IF) 85200166-35<br>(I) 81000421-RIS                 |

| 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         | 0085200166                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 11              |         | 1      | 258,00           | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    |               |
| 2         | 0085200166                | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 35              |         | 1      | 258,00           | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    |               |
| 3         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    |               |
| 4         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    |               |
| 5         | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                             |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>578,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br> |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|---------------------------------------------|

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<br>Dr. Gustavo Medeiros                                    |                                                               |                                                                       |                                         |
| Endodontista<br>Gustavo Medeiros<br>CRM/MG 34582                         |                                                               |                                                                       |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>31/05/21 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>31/05/21 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/05/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br> |



569422  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                              |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>31/05/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>569422 | 7-Data Validade da Senha<br>29/08/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500235903 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                            |                           |                                                         |
|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>GUSTTAVO HENRIQUE RESENDE MOURA | 14-Telefone<br>30/04/2015 | 15-Nome do titular do plano<br>DAFNI LAIS RESENDE GOMES |
|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                |                           |             |                       |       |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>MG ODONTO ESPECIALIZADA | 18-Número no CRO<br>35206 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>06 | 025 - |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-------|

|                                                    |                                                            |                           |             |                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>05314653656 | 22-Nome do Contratado Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 23-Número no CRO<br>35206 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|----------------|

|                                                              |                           |             |                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>MILLA PORTO LIMA BRUNO | 27-Número no CRO<br>35206 | 28-UF<br>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-        | 0083000089                | EXODONTIA SIMPLES DE   | 75              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    | Valdinei      |
| 2-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA  |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    | Valdinei      |
| 3-        | 0087000016                | ATIVIDADE EDUCATIVA EM |                 |         | 1      | 59,00            | 0,00     |                                 | N      | 31/05/21              |                    | Valdinei      |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>166,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                 |                                                                                   |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante<br>31/05/21<br>Dra. Kelly V. Lopes<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-MG: 56005 | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>31/05/21<br>Dra. Kelly V. Lopes<br>Cirurgiã Dentista<br>CRO-MG: 56005 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>31/05/21<br>Valdinei | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|