

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

CRO: 44158/MG

Cirurgião Dentista: (15065) - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
303073 - I	ALESSANDRA INACIO DOS SANTOS (00202521185500055702)		17/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
304440 - I	ALESSANDRA INACIO DOS SANTOS (00202521185500055702)		27/03/2020	154	0.6	R\$ 92,40
290754 - I	ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO (00202521185500014302)		19/02/2020	178	0.6	R\$ 106,80
303072 - I	ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO (00202521185500014302)		17/03/2020	146	0.6	R\$ 87,60
290017 - I	ALINE DE CASTRO LOPES CORREIA (00202521185500001702)		18/02/2020	144	0.6	R\$ 86,40
290424 - I	ALINE DE CASTRO LOPES CORREIA (00202521185500001702)		18/02/2020	34	0.6	R\$ 20,40
302713 - I	ALINE RIBEIRO DE SOUZA (00202521185500043902)		17/03/2020	88	0.6	R\$ 52,80
308413 - I	AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA (00202521185500009802)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
290159 - I	AMINADABIA LEMOS GOMES DA SILVA (00202521185500144802)		18/02/2020	122	0.6	R\$ 73,20
308410 - I	APARECIDA BARBOSA DOS SANTOS (00202521185500049102)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
308402 - I	BIANCA ROCHA DA SILVA (00202521185500155403)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
308408 - I	BRENDA VENTURA FERREIRA (00202521185500184201)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
308430 - I	CAMILA VITORIA DE MOURA CARVALHO (00202521185500056003)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
306499 - I	CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM (00202521185500206901)		15/04/2020	292	0.6	R\$ 175,20
306503 - I	CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM (00202521185500206901)		15/04/2020	542	0.6	R\$ 325,20
306507 - I	CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM (00202521185500206901)		15/04/2020	144	0.6	R\$ 86,40
300822 - I	CARLOS EDUARDO DOS SANTOS (00202521185500173701)		12/03/2020	178	0.6	R\$ 106,80
288888 - I	CAROLINE NONATO MOREIRA (00202521185500181002)		15/02/2020	305	0.6	R\$ 183,00
308449 - I	CLAUDIO MOURA FERREIRA (00202521185500108701)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
301129 - I	DANIEL LUCAS VIEIRA SILVA (00202521185500072701)		13/03/2020	271	0.6	R\$ 162,60
308385 - I	DAVI FELIPE DOS SANTOS PEREIRA (00202521185500080403)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
308390 - I	DENERSON ATAIDE ESPINDOLA (00202521185500028001)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
290750 - I	DENIO JUNIO DOS SANTOS (00202521185500121001)		19/02/2020	178	0.6	R\$ 106,80
303071 - I	DENIO JUNIO DOS SANTOS (00202521185500121001)		17/03/2020	73	0.6	R\$ 43,80
290056 - I	EDUARDA POCESCHI LOPES JANUARIO (00202521185500052304)		18/02/2020	722	0.6	R\$ 433,20
305581 - I	EDUARDO ELIAS ANTONIO DE CARVALHO (00202521185500024601)		07/04/2020	567	0.6	R\$ 340,20
305237 - I	EROTIDES RACHEL LAGES (00202521185500003101)		04/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
281227 - I	EZEQUIEL LACERDA DA SILVA (00202521185500118403)		02/02/2020	237	0.6	R\$ 142,20
308442 - I	FRANCIELE DIAS MOURA (00202521185500045702)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
308421 - I	GERALDO SINVAL FERREIRA (00202521185500005501)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
298960 - I	GILTON SOARES SILVA (00202521185500159001)		10/03/2020	244	0.6	R\$ 146,40
302725 - I	GIOVANNI MARTINS MADALENA (00202521185500078201)		17/03/2020	332	0.6	R\$ 199,20
308440 - I	GRAZIELE DOS SANTOS DAHMER CORREA (00202521185500207302)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
307708 - I	GREICY DA SILVA ANDRADE LACERDA (00202521185500118402)		22/04/2020	180	0.6	R\$ 108,00
308437 - I	GUILHERME DE REZENDE ROCHA (00202521185500094401)		24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/05/2020 13:49

Página 1 de 3

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

290030 - I	HALLINE SALATINI (00202521185500071601)	18/02/2020	144	0.6	R\$ 86,40
290427 - I	HALLINE SALATINI (00202521185500071601)	18/02/2020	34	0.6	R\$ 20,40
296730 - I	HALLINE SALATINI (00202521185500071601)	05/03/2020	176	0.6	R\$ 105,60
302703 - I	JACKSON DOS SANTOS (00202521185500047501)	17/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
300836 - I	JUNIO RAFAEL VIEIRA (00202521185500206001)	12/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
304428 - I	KETHELY LORRANY (00202521185500018402)	27/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
247923 - I	LEANDRO MARTINS MOREIRA (00202521185500015501)	13/11/2019	533	0.6	R\$ 319,80
296735 - I	LEONARDO BARBOSA CARDOSO (00202526173600000102)	05/03/2020	178	0.6	R\$ 106,80
308465 - I	LUANA CRISTINA SOARES SANTOS (00202521185500050602)	24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
305238 - I	LUCELIA NUNES QUINTINO (00202526199400000101)	04/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
305590 - I	LUCELIA NUNES QUINTINO (00202526199400000101)	07/04/2020	449	0.6	R\$ 269,40
306416 - I	LUCELIA NUNES QUINTINO (00202526199400000101)	14/04/2020	61	0.6	R\$ 36,60
308473 - I	LUCIANA SIMPLICIO MACHADO (00202521185500072602)	24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
300832 - I	LUIS ALBERTO DE OLIVEIRA (00202521185500208901)	12/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
302704 - I	LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA (00202527759300000102)	17/03/2020	88	0.6	R\$ 52,80
308463 - I	MARCELO LIMA DE OLIVEIRA (00202521185500206801)	24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
305583 - I	MARIA EMARIA EDUARUARDA SANTOS CARVALHO (00202521185500024603)	07/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
308461 - I	MICHAEL MARCIO BARBOSA SOARES (00202521185500126101)	24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
288889 - I	MIGUEL QUIRINO DOS SANTOS (00202521185500132204)	15/02/2020	294	0.6	R\$ 176,40
288892 - I	MIGUEL QUIRINO DOS SANTOS (00202521185500132204)	15/02/2020	147	0.6	R\$ 88,20
300835 - I	NAIARA CARVALHO MARTINS (00202521185500206002)	12/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
307932 - I	NIVEA APARECIDA RODRIGUES MDE OLIVEIRA (00202521185500192701)	22/04/2020	239	0.6	R\$ 143,40
302705 - I	PAULO HENRIQUE SILVA (00202521185500021101)	17/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
302710 - I	PAULO HENRIQUE SILVA (00202521185500021101)	17/03/2020	533	0.6	R\$ 319,80
298599 - I	RAFAEL VITOR DA SILVA (00202521185500088801)	09/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
303070 - I	REGIANE GOMES DA SILVA SANTOS (00202521185500047502)	17/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
298606 - I	RENATA DE FREITAS PAULA (00202521185500202802)	09/03/2020	178	0.6	R\$ 106,80
293832 - I	RENATO MOURA PIRES DA SILVA (00202521185500072601)	01/03/2020	178	0.6	R\$ 106,80
298956 - I	RHEGYS FELIPE CORREA SALES (00202527194800000104)	10/03/2020	61	0.6	R\$ 36,60
298598 - I	ROBERTO CESAR DA SILVEIRA (00202521185500189501)	09/03/2020	34	0.6	R\$ 20,40
290092 - I	RODRIGO DA SILVA NOGUEIRA (00202521185500067401)	18/02/2020	88	0.6	R\$ 52,80
281180 - I	ROGER DANIEL CORREA SALES (00202527194800000101)	02/02/2020	626	0.6	R\$ 375,60
304965 - I	ROGERIO AUGUSTO ALVES LOPES (00202506065500319101)	01/04/2020	333	0.6	R\$ 199,80
303069 - I	ROSIANE GOMES DA SILVA (00202521185500078202)	17/03/2020	178	0.6	R\$ 106,80
304956 - I	RYAN DAVID GOMES DE SOUZA (00202521185500203103)	01/04/2020	70	0.6	R\$ 42,00
277148 - I	TATIANE CECILIO BRAGA (00202521185500200802)	26/01/2020	472	0.6	R\$ 283,20
308435 - I	TATIANE DINIZ FRANCO MELO (00202521185500189002)	24/04/2020	34	0.6	R\$ 20,40
300450 - I	THIAGO SOARES PENIDO (00202521185500198501)	12/03/2020	88	0.6	R\$ 52,80

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

- 282515 - I	WARLEY SOARES GONCALVES (00202521185500061801)	04/02/2020	258	0.6	R\$ 154,80
307931 - I	WESLEY DE ALMEIDA SANTOS (00202521185500061701)	22/04/2020	107	0.6	R\$ 64,20

Totalizador por Operadora					
				N° de USOs:	11664
				N° de atendimentos:	75
				Valor:	R\$ 6.998,40
Totalizador					
				N° de USOs:	11664
				N° de atendimentos:	75
				Valor:	R\$ 6.998,40

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º NF



303073
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/2013	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7490215	7-Data Validade da Senha 11/05/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0101020252118550001557021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALESSANDRA INACIO DOS SANTOS	22/05/1977	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARTINHO MARCELINO POSSIDONIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

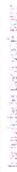
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura
1-0008101000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00				28/10/14	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---

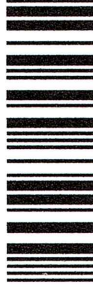
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2014	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/08/2014
---	---	---	--



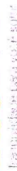
2-Nº



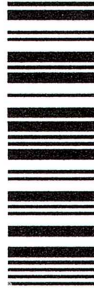
304440
INTERCÁMBIO

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

Dr. María Dolores Rodríguez
Cirujía Dentista
CRO-ING 44153



2-NP



290754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/2020	4-Data de Autorização 09/03/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7422361	7-Data Validada da Senha 19/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 1 4 3 0 2		11-Data Validade da Carteira _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	
13-Nome ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO		14-Telefone (_ _ _) _ _ _ _ - _ _ _ _	
15-Data de Nascimento 25/02/1983		15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS DE ARAUJO	

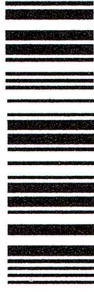
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF		25-Código CNES	26-UF MG
27-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		28-Número no CRO 44158	29-Código CBO S

[illegible]

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

48-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/09/2013 11:30 43	10/09/2013 11:30 43	10/09/2013 11:30 43

Dr. Lucia Barbara Marchioni
Chirurgia Dentista
CRO-MG 44158



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2013	4-Data de Autorização 12/05/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7490213	7-Data Validade da Senha 11/05/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
8-Número da Carteira 10020202521185500014302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome ALESSIA RENATA SILVA VIEIRA DE ARAJO	25/02/1983	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS DE ARAUJO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face						
1-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	7300	0000			25/10/14	20
2-00082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7300	0000			25/10/14	20
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 14600	47-Valor Total R\$ 10000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10000
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2014
---------------	--	---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

290017
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 12/12/10	4-Data de Autorização 10/08/10 13/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7418474	7-Data Validade da Sineta 11/08/10 15/12/10
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10021025211855010001702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE DE CASTRO LOPES CORREIA	16/04/1988	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ENDEL JORGE CORREIA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

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
1-000853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,10	0,00	0,00	1	10/08/10	10/08/10 13/12/10
2-000853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,10	0,00	0,00	1	10/08/10	10/08/10 13/12/10
3-000853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,10	0,00	0,00	1	10/08/10	10/08/10 13/12/10
4-000853001047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,10	0,00	0,00	1	10/08/10	10/08/10 13/12/10
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1141400	47-Valor Total R\$ 110100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 110100
---	--	---	-----------------------------------	------------------------------	---

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 10/08/10 13/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/10 13/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/10 13/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/10 13/12/10
--	--	--	--

Barbosa Nascimento
 Data: 10/08/10
 Cirurgião Dentista
 CRO-MG 44158



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



290424
INTERCAMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4- Data de Autorização 08/10/2012	5- Senha AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 7420578	7- Data Validade da Senha 18/10/2015
---------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 00202521185500001702	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11- Data Validade da Carteira / /	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---	--------------------------------------	--

13- Nome

ALINE DE CASTRO LOPES CORREIA	14- Telefone () - / -	15- Nome do titular do plano ENDEL JORGE CORREIA RIBEIRO
-------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN N	17- Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18- Número no CRO 44158	19- UF MG	20- Código CBO S
---------------------------	--	----------------------------	--------------	------------------

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 1106016486011	22- Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23- Número no CRO 44158	24- UF MG	25- Código CNES
---	---	----------------------------	--------------	-----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Molho da Glosa 42- Assinatura
1-0018100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			3400				18/10/2012	<i>J. Barbosa</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43- Data Previsão Término do Tratamento / /	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 3400	47- Valor Total R\$ 0000	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	--

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

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/10/2012	51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2012 x <i>J. Barbosa</i>	52- Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2012
--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

302713
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/17/03/1201		4-Data de Autorização 12/5/10/41/2010		5-Sintra AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7488218		7-Data Validada da Sintra 11/5/10/61/2010	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0101210252111855000439021				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validada da Carteira 11/1/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALINE RIBEIRO DE SOUZA				14-Telefone (11) 1111111111		15-Data de Nascimento 14/11/1991		15-Nome do titular do plano LUCIANO NOGUEIRA SOARES			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110601648601111				22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				18-Número no CRO 44158		19-UF MG	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158				24-UF MG		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
								28-UF MG		29-Código CBO S	

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data da Realização	41- Motivo da Glosa 42- Assinatura
1 -	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	25/04/20	<i>[Assinatura]</i>
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											
43- Data Previsão Término do Tratamento			44- Tipo de Atendimento		45- Tipo de Faturamento		46- Total Quantidade US		47- Valor Total R\$		48- Total Franquia / Co-participação R\$
1 -			1 -		1 -		188,00		0,00		0,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/5/10 9/11/20 <i>AB</i>	12/5/10 9/11/20 <i>AB</i>	12/5/10 14/11/20 <i>AB</i>	12/5/10 14/11/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



308413
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526829	7-Data Validade da Senha 12/03/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202521185500009802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome AMANDA RODRIGUES GONALVES DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano THIAGO DE CASTRO OLIVEIRA	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 11101601648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	Faturar Empresa	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0	01810101030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34100	0100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34100	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$

41-Motivo da Realização
 38-Franquia/Co-participação R\$
 39-Aut
 40-Data de Realização
 12/08/2014
 41-Motivo da Realização
 28

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



290159
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 8 1 0 2 1 2 0 1	4-Data de Autorização 0 8 1 0 3 1 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7420589	7-Data Validade da Senha 1 1 8 1 0 5 1 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 4 4 8 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AMINADABIA LEMOS GOMES DA SILVA	14/06/1982	14-Telefone (3 1 1) 3 7 7 2 1 6 1 0 9	15-Nome do titular do plano DENIO SERGIO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 1 0 6 0 1 6 4 8 6 0 1 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Tabela
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

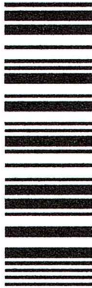
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 8 1 0 3 1 1 2 0	<i>Jessica Barbosa</i>
2-0	0 1 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0	0 8 1 0 3 1 1 2 0	<i>Jessica Barbosa</i>
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	44-Tipo de Atendimento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	45-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	46-Tipo de Faturamento 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	47-Valor Total R\$ 0 1 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 1 0 0 0 0
---	---	---	---	-----------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) 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 10/08/2013 11:20 <i>Jessica Barbosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/2013 11:20 <i>Jessica Barbosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/2013 11:20 <i>Jessica Barbosa</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/2013 11:20 <i>Jessica Barbosa</i>
--	--	--	--



2-№

308410
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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.

[illegible]

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRBOMG 4158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

308402
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526769	7-Data Validade da Senha 12/31/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002020521185500155403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BIANCA ROCHA DA SILVA	24/04/2000	14-Telefone (131) 3773-0914	15-Nome do titular do plano ABRAAO GABRIEL DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CSO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CSO 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	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			13400				28/10/14	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	--------------------------------	--------------------	---

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

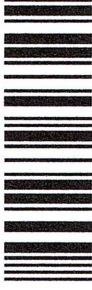
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/14	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/14
---	---	---	---

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRM: 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



308408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 04/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526810	7-Data Validade da Senha 12/1/10 17/12 01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025211855001842011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRENDA VENTURA FERREIRA	13-Data 08/11/1998	14-Telefone (1311) 3177618154	15-Nome do titular do plano BRENDA VENTURA FERREIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face
1-0008100100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	
2-				
3-				
4-				
5-				
6-				
7-				
8-				
9-				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				
45-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	46-Total Quantidade US 341010	47-Valor Total R\$ 010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111	

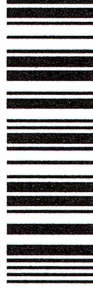
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10 14/11 201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10 14/11 201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 14/11 201	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/10 14/11 201
---	---	---	---

Dr. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgião Dentista
C.R.O. MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

308430
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 4/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526945	7-Data Validada da Senha 12/11/01 7/12 01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252118550000516003	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILA VITORIA DE MOURA CARVALHO	14-Data 14/09/2014	14-Teléfono (111) 11111111	15-Nome do titular do plano JOSE GERALDO SOUZA CARVALHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Atendimento a RN N	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Atendimento a RN N	27-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	28-Número no CRO 44158	29-UF MG	30-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------	--	---------------------------	-------------	----------------	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

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
1-0001810010030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			134000				28/10/12	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34000	47-Valor Total R\$ 00000000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000
--	--	---	---------------------------------	--------------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/14/1201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/14/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/14/1201	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/10/14/1201
--	--	--	--

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
 Cirurgiã Dentista
 C.R.O. 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



306499
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/10 4/1/21 01	4-Data de Autorização 12/21/10 4/1/21 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7512698	7-Data Validade da Senha 11/4/10 17/12/10
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 010120252118550020169011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM	14-Telefone (1311) 311773433	15-Nome do titular do plano CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	31-Valor	32-Quantidade US	33-Face	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Franchia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---	----------	------------------	---------	---------	--------	----------	---------------------------------	--------	--------	-----------------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Franchia/Co-participação R\$	38-Aut	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-01018101000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	1	34,00	0,00	0	0	12/21/10 4/1/21	020
2-01018152001661	TRATAMENTO ENDODONTICO	14	1	1	1	25,80	0,00	0	0	12/21/10 4/1/21	020
3-01018152001661											
4-01018152001661											
5-01018152001661											
6-01018152001661											
7-01018152001661											
8-01018152001661											
9-01018152001661											
10-01018152001661											
11-01018152001661											
12-01018152001661											
13-01018152001661											
14-01018152001661											
15-01018152001661											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Quantidade US 112192110101	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / 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 minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/10 4/1/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/10 4/1/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/10 4/1/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/21/10 4/1/21
--	--	--	--

Dr. Marcelo Barbosa
 Cirurgião Dentista
 CRO-MG 44250

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

306503
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/10 4 1/12 10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7512716	7-Data Validade da Senha 11/14/10 7/12 10
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020252118550020169011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM	07/08/1997	14-Telefone (1311) 3177-3433	15-Nome do titular do plano CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200 (II) 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 Class 42-Assinatura
1-0000851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
2-0000851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
3-0000851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
4-0000851100200		RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
5-0000851100200		RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
6-0000851100218		RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
7-0000851100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	0,00	11	12/10/11	29/11/11
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

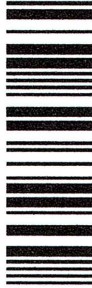
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1542,00	47-Valor Total R\$ 1010,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/11 19/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/11 20/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/11 20/11/2011
--	--	--

Dr. João Antônio de Souza
 Cirurgião Dentista
 CRO-MG 44.158



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N¹⁰

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 1 0 4 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização 1 2 2 / 1 0 4 / 1 2 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7512717	7-Data Validade da Senha 1 4 / 1 0 7 / 1 2 0 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 0 6 9 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM	07/08/1997	14-Telefone (13 1) 3 1 7 7 - 3 4 3 3	15-Nome do titular do plano CARLA APARECIDA CARVALHO ESTEVAM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060161816011111	22-Nome do Contratado Exculante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Exculante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, 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 previstos em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/2/11 01/4/11 201	13
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/2/11 01/4/11 201	13
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/2/11 01/4/11 201	13
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/2/11 01/4/11 201	13

Dña. Lucía Barberán Escamez

[illegible]2-N⁶

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Matrimônio e RN	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060618601	22-Nome do Contratado Excusante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Excusante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
28-JF MG	29-Código CBO S
24-JF MG	25-Código CNES
19-JF MG	20-Código CBO S

[illegible]

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	13/04/2011	13/04/2011	13/04/2011
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	13/04/2011	13/04/2011	13/04/2011
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	13/04/2011	13/04/2011	13/04/2011
53-Data, local e Carimbo de Empresa	13/04/2011	13/04/2011	13/04/2011

Dra. Ivica Buljan Vasic
Georgia Dentist
CRO-186 44153

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



288888
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	4-Data de Autorização 11/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7412697	7-Data Validade da Senha 11/05/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002020252118550001811002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE NONATO MOREIRA	05/01/1985	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano DANIEL AUGUSTO VIEIRA COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RU N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106064860111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Cisão 42-Assinatura
1-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6	1,00	0,00	0,00	11/05/2012	20	Aplicação
2-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6	1,00	0,00	0,00	11/05/2012	20	Aplicação
3-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6	1,00	0,00	0,00	11/05/2012	20	Aplicação
4-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6	1,00	0,00	0,00	11/05/2012	20	Aplicação
5-0000851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6	1,00	0,00	0,00	11/05/2012	20	Aplicação
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3105,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/05/2012 11:49	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2012 11:49	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2012 11:49	53-Data, local e Cartão da Empresa 11/05/2012 11:49
---	---	---	--

Dr. Jassica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308449
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2014	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527060	7-Data Validade da Sinthe 12/10/2014
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 12/10/2014		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002025211855001087011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano CLAUDIO MOURA FERREIRA	
13-Nome CLAUDIO MOURA FERREIRA		11/07/1983		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES			
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		26-Número no CRO 44158		27-UF MG		28-UF MG		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/10/2014	J. Barbosa
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/10/2014	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2014 J. Barbosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2014 J. Barbosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2014 J. Barbosa
--	--	--

Dr. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgião Dentista
CRÓ/MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



301129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/13/10 13/12/01	4-Data de Autorização 12/18/10 14/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7480502	7-Data Validade da Senha 11/11/10 16/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 010120120252118551000727011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DANIEL LUCAS VIEIRA SILVA	14-Data de Nascimento 14/02/1985	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano DANIEL LUCAS VIEIRA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código GBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606148601111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código GBO 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
1-0101851101196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	1	61,00	0,00	0,00	1	12/18/10 14/12/01	[Assinatura]
2-0101851101200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MD	1	1	88,00	0,00	0,00	1	12/18/10 14/12/01	[Assinatura]
3-0101851101218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MDV	1	1	122,00	0,00	0,00	1	12/18/10 14/12/01	[Assinatura]
4-1111111111111											
5-1111111111111											
6-1111111111111											
7-1111111111111											
8-1111111111111											
9-1111111111111											
10-1111111111111											
11-1111111111111											
12-1111111111111											
13-1111111111111											
14-1111111111111											
15-1111111111111											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Quantidade US 1127110101	47-Valor Total R\$ 11010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111111
---	--	---	--------------------------------	--------------------------------	---

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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/18/10 14/12/01 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/10 14/12/01 [Assinatura]	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/18/10 14/12/01 [Carimbo]
---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



308385
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526631	7-Data Validade da Senha 12/03/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010120252118550000180403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVI FELIPE DOS SANTOS PEREIRA	27/09/2014	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano FELIPE DAVID NUNES PEREIRA		

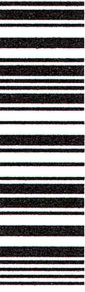
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG
29-Código CBO S			
25-Código CNES			
20-Código CBO S			
Faturar Empresa 025 -			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento									
1-0101811010100301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34100				28/04/2014	
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial		34100		10100				

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/2014	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2014
52-Data, local e Carimbo de Empresa 12/04/2014	
53-Data, local e Carimbo de Empresa 12/04/2014	

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
 Cirurgião Dentista
 CRM/MG 44158



2-Nº

308390
INTERCÂMBIO

025 - Faturar Empresa

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

53-Data local e Carimbo da Empresa

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRB 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



290750
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 1 9 1 0 2 1 1 2 1 0 1	4-Data de Autorização 10 8 1 0 1 3 1 1 2 1 0 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7422329	7-Data Validade da Senha 1 1 9 1 0 5 1 1 2 1 0 1
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 1 2 0 2 5 1 1 8 5 0 0 1 2 1 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DENIO JUNIO DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DENIO JUNIO DOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 1 0 6 1 0 6 4 8 6 0 1 1 1 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-----------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 7 8 1 0 0	47-Valor Total R\$ 1 1 9 1 0 3 1 1 2 1 0 1	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 10 8 1 0 3 1 1 2 1 0 1	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10 8 1 0 3 1 1 2 1 0 1	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10 8 1 0 3 1 1 2 1 0 1	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10 8 1 0 3 1 1 2 1 0 1
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º.º



303071
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/2013		4-Data de Autorização 12/12/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7490211		7-Data Validade da Senha 11/11/2016	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 01020252118550012110011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome DENIO JUNIO DOS SANTOS			
14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano DENIO JUNIO DOS SANTOS				16-Data Validade da Carteira 11/11/11			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
17-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S		21-Código no CRO 44158	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		30-Faturamento Faturar Empresa		31-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	0182000859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	1	73,00	0,00	0,00	S	22/10/14	2014
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 73,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

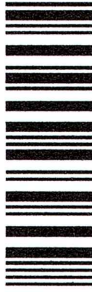
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2014	53-Data, local e Contribuição da Empresa 12/12/2014
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



290056
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/18/10 21/21/01		4-Data de Autorização 11/10/10 13/12/10		5-Sintha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7418733		7-Data Validade da Sintha 11/18/10 15/12/10	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0101210252111815100015123041				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome EDUARDA POCESCHI LOPES JANUARIO			
14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano VALDIR ALVES JANUARIO				16-Atendimento a RN N			
17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				18-Número no CRO 44158				19-UF MG			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060164861011111				22-Nome do Contratado Excutante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				23-Número no CRO 44158			
26-Nome do Profissional Excutante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158				28-UF MG			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-01018220101286		11286		REMOÇÃO DE DENTES		38		1		1	
2-01018220101286		11286		REMOÇÃO DE DENTES		28		1		1	
3-01018220101286		11286									
4-01018220101286		11286									
5-01018220101286		11286									
6-01018220101286		11286									
7-01018220101286		11286									
8-01018220101286		11286									
9-01018220101286		11286									
10-01018220101286		11286									
11-01018220101286		11286									
12-01018220101286		11286									
13-01018220101286		11286									
14-01018220101286		11286									
15-01018220101286		11286									
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 111721210101		47-Valor Total R\$ 11101010101		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11101010101	

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

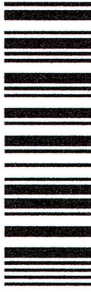
Favor anexar radiografia para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/10 13/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/10 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/10 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/10 13/11/20
--	--	--	--

Dra. JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



305581
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/2014 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7505155	7-Data Validade da Senha 06/10/2017 12:01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202521185500024601	4-Data de Autorização 26/04/2014 12:01	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Nome EDUARDO ELIAS ANTONIO DE CARVALHO	13-Data 04/10/1981	14-Telefone (131) 3774136143	15-Nome do titular do plano EDUARDO ELIAS ANTONIO DE CARVALHO	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	025 - Enviar - RX (IF) 85200/58-38
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110601648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	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 Classe	42-Assinatura
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	26/10/14	20	
2-00085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	38		1	53	0,00	0,00	S	26/10/14	20	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1567,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação
Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/2014 12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014 12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2014 12:01
---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



305237
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2014	4-Data de Autorização 12/21/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7502806	7-Data Validade da Senha 10/31/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211185500003101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome EROTIDES RACHEL LAGES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano EROTIDES RACHEL LAGES
----------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1110601648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	22/10/14	2014
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/10 14/11/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/21/10 14/11/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/10 14/11/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/21/10 14/11/2014
--	--	--	--

Dr. Jassica Barbosa Nascimento
Cirurgião Dentista
CRO-MG 44158



281227
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

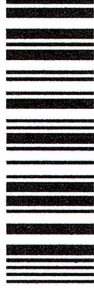
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados[illegible]

49-Observação

Márcia Barbosa Nascimento
Cirurgia Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

308442
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527019	7-Data Validada da Senha 12/03/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202521185500045702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome FRANCIELE DIAS MOURA
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano RAFAEL MALAQUIAS DE SOUZA					

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S		21-Código CBO S		22-Código CBO S		23-Código CBO S		24-UF MG		25-Código CBO S		26-UF MG		27-Código CBO S		28-UF MG		29-Código CBO S		30-UF MG		31-UF MG		32-UF MG		33-UF MG		34-UF MG		35-UF MG		36-UF MG		37-UF MG		38-UF MG		39-UF MG		40-UF MG		41-UF MG		42-UF MG		43-UF MG		44-UF MG		45-UF MG		46-UF MG		47-UF MG		48-UF MG		49-UF MG		50-UF MG		51-UF MG		52-UF MG		53-UF MG		54-UF MG		55-UF MG		56-UF MG		57-UF MG		58-UF MG		59-UF MG		60-UF MG		61-UF MG		62-UF MG		63-UF MG		64-UF MG		65-UF MG		66-UF MG		67-UF MG		68-UF MG		69-UF MG		70-UF MG		71-UF MG		72-UF MG		73-UF MG		74-UF MG		75-UF MG		76-UF MG		77-UF MG		78-UF MG		79-UF MG		80-UF MG		81-UF MG		82-UF MG		83-UF MG		84-UF MG		85-UF MG		86-UF MG		87-UF MG		88-UF MG		89-UF MG		90-UF MG		91-UF MG		92-UF MG		93-UF MG		94-UF MG		95-UF MG		96-UF MG		97-UF MG		98-UF MG		99-UF MG		100-UF MG	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601111111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CBO S		26-UF MG		27-Código CBO S		28-UF MG		29-Código CBO S		30-UF MG		31-UF MG		32-UF MG		33-UF MG		34-UF MG		35-UF MG		36-UF MG		37-UF MG		38-UF MG		39-UF MG		40-UF MG		41-UF MG		42-UF MG		43-UF MG		44-UF MG		45-UF MG		46-UF MG		47-UF MG		48-UF MG		49-UF MG		50-UF MG		51-UF MG		52-UF MG		53-UF MG		54-UF MG		55-UF MG		56-UF MG		57-UF MG		58-UF MG		59-UF MG		60-UF MG		61-UF MG		62-UF MG		63-UF MG		64-UF MG		65-UF MG		66-UF MG		67-UF MG		68-UF MG		69-UF MG		70-UF MG		71-UF MG		72-UF MG		73-UF MG		74-UF MG		75-UF MG		76-UF MG		77-UF MG		78-UF MG		79-UF MG		80-UF MG		81-UF MG		82-UF MG		83-UF MG		84-UF MG		85-UF MG		86-UF MG		87-UF MG		88-UF MG		89-UF MG		90-UF MG		91-UF MG		92-UF MG		93-UF MG		94-UF MG		95-UF MG		96-UF MG		97-UF MG		98-UF MG		99-UF MG		100-UF MG											
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		34-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		35-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		36-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		37-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		39-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		40-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		41-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		42-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		43-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		44-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		45-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		46-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		47-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		48-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		49-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		50-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		51-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		52-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		53-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		54-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		55-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		56-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		57-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		58-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		59-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		60-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		61-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		62-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		63-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		64-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		65-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		66-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		67-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		68-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		69-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		70-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		71-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		72-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		73-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		74-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		75-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		76-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		77-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		78-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		79-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		80-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		81-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		82-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		83-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		84-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		85-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		86-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		87-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		88-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		89-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		90-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		91-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		92-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		93-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		94-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		95-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		96-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		97-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		98-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		99-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		100-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	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			1	34,00	0,00		12/08/2014	20	x 58,00
2-0												
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2014	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2014	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/08/2014
---	---	--

Dr. Rafael Malaquias de Souza
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

308421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 4 1/12 10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526910	7-Data Validade da Senha 12/3/10 7/12 10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025211855000055011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GERALDO SINVAL FERREIRA	27/11/1967	14-Telefone (1311) 377614395	15-Nome do titular do plano GERALDO SINVAL FERREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG
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 Class 42-Assinatura
1-0	0810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00		S	28/04/12	[Assinatura]
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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 28/04/12 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/12 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/04/12 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/04/12
---------------	--	--	--	---

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgia Dentista
CRM-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

298960
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2013	4-Data de Autorização 12/06/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7468995	7-Data Validade da Senha 08/10/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521185500159001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILTON SOARES SILVA	15/03/1990	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GILTON SOARES SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060164860111111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	0,00		26/04/2014	65 Silva
2-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00		26/04/2014	65 Silva
3-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00		26/04/2014	65 Silva
4-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00		26/04/2014	65 Silva
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 12141010	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	------------------------------------	--------------------	---

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

48-Observação

. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/06/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/06/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/06/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/06/2014
---	---	---	---

Dr. Jessica Barbosa
Cirurgia Dentista
CRO-MG 44158



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



302725
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2017	4-Data de Autorização 25/10/2017	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7488326	7-Data Validade da Sineta 15/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202521185500078201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GIOVANNI MARTINS MADALENA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GIOVANNI MARTINS MADALENA
--------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-UF MG	22-UF MG	23-UF MG	24-UF MG	25-UF MG	26-UF MG	27-UF MG	28-UF MG	29-UF MG	30-UF MG	31-UF MG	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG	51-UF MG	52-UF MG	53-UF MG	54-UF MG	55-UF MG	56-UF MG	57-UF MG	58-UF MG	59-UF MG	60-UF MG	61-UF MG	62-UF MG	63-UF MG	64-UF MG	65-UF MG	66-UF MG	67-UF MG	68-UF MG	69-UF MG	70-UF MG	71-UF MG	72-UF MG	73-UF MG	74-UF MG	75-UF MG	76-UF MG	77-UF MG	78-UF MG	79-UF MG	80-UF MG	81-UF MG	82-UF MG	83-UF MG	84-UF MG	85-UF MG	86-UF MG	87-UF MG	88-UF MG	89-UF MG	90-UF MG	91-UF MG	92-UF MG	93-UF MG	94-UF MG	95-UF MG	96-UF MG	97-UF MG	98-UF MG	99-UF MG	100-UF MG
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Código CBO S	27-Código CBO S	28-Código CBO S	29-Código CBO S	30-Código CBO S	31-Código CBO S	32-Código CBO S	33-Código CBO S	34-Código CBO S	35-Código CBO S	36-Código CBO S	37-Código CBO S	38-Código CBO S	39-Código CBO S	40-Código CBO S	41-Código CBO S	42-Código CBO S	43-Código CBO S	44-Código CBO S	45-Código CBO S	46-Código CBO S	47-Código CBO S	48-Código CBO S	49-Código CBO S	50-Código CBO S	51-Código CBO S	52-Código CBO S	53-Código CBO S	54-Código CBO S	55-Código CBO S	56-Código CBO S	57-Código CBO S	58-Código CBO S	59-Código CBO S	60-Código CBO S	61-Código CBO S	62-Código CBO S	63-Código CBO S	64-Código CBO S	65-Código CBO S	66-Código CBO S	67-Código CBO S	68-Código CBO S	69-Código CBO S	70-Código CBO S	71-Código CBO S	72-Código CBO S	73-Código CBO S	74-Código CBO S	75-Código CBO S	76-Código CBO S	77-Código CBO S	78-Código CBO S	79-Código CBO S	80-Código CBO S	81-Código CBO S	82-Código CBO S	83-Código CBO S	84-Código CBO S	85-Código CBO S	86-Código CBO S	87-Código CBO S	88-Código CBO S	89-Código CBO S	90-Código CBO S	91-Código CBO S	92-Código CBO S	93-Código CBO S	94-Código CBO S	95-Código CBO S	96-Código CBO S	97-Código CBO S	98-Código CBO S	99-Código CBO S	100-Código CBO S
---	--	---------------------------	-------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	------------------

26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-UF MG	30-UF MG	31-UF MG	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG	51-UF MG	52-UF MG	53-UF MG	54-UF MG	55-UF MG	56-UF MG	57-UF MG	58-UF MG	59-UF MG	60-UF MG	61-UF MG	62-UF MG	63-UF MG	64-UF MG	65-UF MG	66-UF MG	67-UF MG	68-UF MG	69-UF MG	70-UF MG	71-UF MG	72-UF MG	73-UF MG	74-UF MG	75-UF MG	76-UF MG	77-UF MG	78-UF MG	79-UF MG	80-UF MG	81-UF MG	82-UF MG	83-UF MG	84-UF MG	85-UF MG	86-UF MG	87-UF MG	88-UF MG	89-UF MG	90-UF MG	91-UF MG	92-UF MG	93-UF MG	94-UF MG	95-UF MG	96-UF MG	97-UF MG	98-UF MG	99-UF MG	100-UF MG
--	---------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

30-Tabela 1-00085100218	31-Código do Procedimento RESTAURAÇÃO RESINA	32-Quantidade US 1	33-Quantidade US 1	34-Face MVP	35-Qtd 1	36-Quantidade US 1	37-Valor 122,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut 25/10/17	40-Data de Realização 25/10/17	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura Glossa
----------------------------	---	-----------------------	-----------------------	----------------	-------------	-----------------------	--------------------	---	--------------------	-----------------------------------	--

1-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	MVP	1	1	122,00	0,00	25/10/17	25/10/17	Glossa
---------------	--------------------	---	---	-----	---	---	--------	------	----------	----------	--------

2-00085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	MVP	1	1	122,00	0,00	25/10/17	25/10/17	Glossa
---------------	--------------------	---	---	-----	---	---	--------	------	----------	----------	--------

3-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	OD	1	1	88,00	0,00	25/10/17	25/10/17	Glossa
---------------	--------------------	---	---	----	---	---	-------	------	----------	----------	--------

4-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
---------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

5-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
---------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

6-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
---------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

7-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
---------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

8-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
---------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

9-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
---------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

10-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

11-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

12-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

13-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

14-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

15-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

16-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

17-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

18-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

19-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

20-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

21-00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1		1	1			25/10/17	25/10/17	
----------------	--------------------	---	---	--	---	---	--	--	----------	----------	--

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/10/17	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/17	53-Data, local e Carimbo da Empresa Cirurgia Dentista CRO-MG 44158
---	---	--

48-Observação

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

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 1332,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---	-------------------------------	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

308440
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527012	7-Data Validade da Senha 12/03/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0002020521185500207302		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade do Plano 10/10/1987		14-Teléfono ()	
13-Nome GRAZIELE DOS SANTOS DAHMER CORREA		15-Data Validade do Plano 10/10/1987		16-Data Validade do Plano 10/10/1987		17-Data Validade do Plano 10/10/1987	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Data Validade do Plano 10/10/1987		19-Data Validade do Plano 10/10/1987		20-Data Validade do Plano 10/10/1987	
16-Adendimento a RN N		17-Data Validade do Plano 10/10/1987		18-Data Validade do Plano 10/10/1987		19-Data Validade do Plano 10/10/1987	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060161486011111		22-Data Validade do Plano 10/10/1987		23-Data Validade do Plano 10/10/1987		24-Data Validade do Plano 10/10/1987	
26-Data Validade do Plano 10/10/1987		27-Data Validade do Plano 10/10/1987		28-Data Validade do Plano 10/10/1987		29-Data Validade do Plano 10/10/1987	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		30-Data Validade do Plano 10/10/1987		31-Data Validade do Plano 10/10/1987		32-Data Validade do Plano 10/10/1987	
30-Tabela		31-Data Validade do Plano 10/10/1987		32-Data Validade do Plano 10/10/1987		33-Data Validade do Plano 10/10/1987	
1-00081000030		34-Data Validade do Plano 10/10/1987		35-Data Validade do Plano 10/10/1987		36-Data Validade do Plano 10/10/1987	
2-00081000030		37-Data Validade do Plano 10/10/1987		38-Data Validade do Plano 10/10/1987		39-Data Validade do Plano 10/10/1987	
3-00081000030		40-Data Validade do Plano 10/10/1987		41-Data Validade do Plano 10/10/1987		42-Data Validade do Plano 10/10/1987	
4-00081000030		43-Data Validade do Plano 10/10/1987		44-Data Validade do Plano 10/10/1987		45-Data Validade do Plano 10/10/1987	
5-00081000030		46-Data Validade do Plano 10/10/1987		47-Data Validade do Plano 10/10/1987		48-Data Validade do Plano 10/10/1987	
6-00081000030		49-Data Validade do Plano 10/10/1987		50-Data Validade do Plano 10/10/1987		51-Data Validade do Plano 10/10/1987	
7-00081000030		52-Data Validade do Plano 10/10/1987		53-Data Validade do Plano 10/10/1987		54-Data Validade do Plano 10/10/1987	
8-00081000030		55-Data Validade do Plano 10/10/1987		56-Data Validade do Plano 10/10/1987		57-Data Validade do Plano 10/10/1987	
9-00081000030		58-Data Validade do Plano 10/10/1987		59-Data Validade do Plano 10/10/1987		60-Data Validade do Plano 10/10/1987	
10-00081000030		61-Data Validade do Plano 10/10/1987		62-Data Validade do Plano 10/10/1987		63-Data Validade do Plano 10/10/1987	
11-00081000030		64-Data Validade do Plano 10/10/1987		65-Data Validade do Plano 10/10/1987		66-Data Validade do Plano 10/10/1987	
12-00081000030		67-Data Validade do Plano 10/10/1987		68-Data Validade do Plano 10/10/1987		69-Data Validade do Plano 10/10/1987	
13-00081000030		70-Data Validade do Plano 10/10/1987		71-Data Validade do Plano 10/10/1987		72-Data Validade do Plano 10/10/1987	
14-00081000030		73-Data Validade do Plano 10/10/1987		74-Data Validade do Plano 10/10/1987		75-Data Validade do Plano 10/10/1987	
15-00081000030		76-Data Validade do Plano 10/10/1987		77-Data Validade do Plano 10/10/1987		78-Data Validade do Plano 10/10/1987	

43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		11-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		11-1-Total 2-Parcial		34100		34100		11111	

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		52-Data, local e Assinatura da Empresa	
12/08/2014		12/08/2014		12/08/2014	

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRM 44168

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



307708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 4/1/2/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7521547	7-Data Validade da Senha 12/1/10 7/1/2/01
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211855001184021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GREICY DA SILVA ANDRADE LACERDA	16/08/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAEL LACERDA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110601648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assinatura
1-0001810100030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		12/2/10 14/1/20	
2-0001820000859		EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00	0,00		12/2/10 14/1/20	
3-0001820000859		EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00	0,00		12/2/10 14/1/20	
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1180,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/2/10 4/1/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/2/10 14/1/20	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 12/2/10 14/1/20
---	--	---

Dr. Rafael Barbosa Lacerda
 CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10 4/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526996	7-Data Validade da Senha 12/3/10 17/12 01
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202025211855000914011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME DE REZENDE ROCHA	22/03/1989	14-Telefone (1311) 3177610521	15-Nome do Titular do Plano GUILHERME DE REZENDE ROCHA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																	
30-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
1-008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA								1		3	4	0	0		28/04/2011	
2-																	
3-																	
4-																	
5-																	
6-																	
7-																	
8-																	
9-																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11111
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/8/10 14/12 10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/8/10 14/12 10	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/8/10 14/12 10
---	---	---

Dr. Wagner Roberto Machado
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



290030
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 08/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7418493	7-Data Validade da Senha 18/05/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0202025211855000716011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome HALLINE SALATINI	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano HALLINE SALATINI	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060164860111111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	26-Número no CRO 44158	27-UF MG	28-UF MG

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franchia/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	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
6-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
7-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
8-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
9-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
10-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
11-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
12-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
13-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
14-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
15-00085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	47-Valor Total R\$ 1144,00	48-Total Franchia / Co-participação R\$ 1144,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 10/03/2012	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012	53-Data local e Cartão da Empresa 10/03/2012
--	--	--	---



2-Nº



290427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2020	4-Data de Autorização 08/03/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7420583	7-Data Validade da Senha 18/10/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira	9-Plano	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 7 1 6 0 1	POS REDE PRESTADORA	___/___/___	
13-Nome		15-Nome do titular do plano	
HALLINE SALATINI		HALLINE SALATINI	
14-Telefone		14-Telefone	
12/01/1990		(___) ___-____	
10-Empresa		10-Empresa	
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados														
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400		000	S	08/03/20		<i>[Assinatura]</i>		
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400		

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	10/18/10 13/11/201	10/19/19 3/11/201	10/18/10 13/11/201	10/18/11 03/11/201

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



296730
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 5 / 0 3 / 2 0	4-Data de Autorização 0 9 / 0 3 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7455631	7-Data Validade da Senha 0 3 / 0 6 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 / 2 0 / 2 5 / 2 1 / 1 8 / 5 0 / 0 0 / 7 1 / 6 0 / 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HALLINE SALATINI	12/01/1990	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano HALLINE SALATINI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 / 1 0 / 6 0 / 1 6 / 4 8 / 6 0 / 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Valor 025 -	31-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------	--

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 Class. 42-Assinatura
1-0 0 / 0 8 / 5 1 / 0 2 / 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8 8 / 0 0	0	0	0	0 5 / 0 3 / 2 0	
2-0 0 / 0 8 / 5 1 / 0 2 / 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	8 8 / 0 0	0	0	0	0 5 / 0 3 / 2 0	
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 6 / 0 0	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

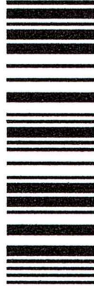
. imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2020
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



302703
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Sintha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7488156	7-Data Validade da Sintha 15/06/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020202521185500047501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JACKSON DOS SANTOS	14-Teléfono 15/05/1989	15-Nome do titular do plano JACKSON DOS SANTOS	16-Data Validade da Sintha / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606148601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Data de Realização 10/04/2012	31-Motivo da Glosa 42-Assinatura
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------	----------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

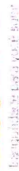
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	28/04/2012	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/2012
---	---	---	---



2-Nº



300836
INTERCÁMBIO

300836 INTERCÂMBIO											
1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/21/03/1201		4-Data de Autorização 12/21/04/1201		5-Sintha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7479232		7-Data Validade da Sintha 11/01/06/1201	
Dados do Beneficiário											
8-Número do Carteira 0101212521185500206001				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JUNIO RAFAEL VIEIRA				13-Data 06/12/1991		14-Telefone (111) 11111111		15-Nome do titular do plano JUNIO RAFAEL VIEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606148601111				22-Nome do Contratado Exculante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				23-Número no CRO 44158		24-UF MG	
26-Nome do Profissional Exculante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158				28-UF MG		29-Código CBO S	
Faturar Empresa 025 -											

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1- 0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4	0 0	0 0 0	S	21/04/2021		<i>[Assinatura]</i>			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
			1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência			1- Total 2- Parcial			3 4 0 0			0 0 0 0			

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

48- Observação				
50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53- Data, local e Contribuinte da Empresa	Dr. Luciano Barbosa Nascimento CREA-PA 44.153 CRO-PA 44.153
12/21/10 14/11/2101 <i>AB</i>	12/21/10 14/11/2101 <i>AB</i>	12/21/10 14/11/2101 <i>AB</i>	12/21/10 14/11/2101	



2-Nº

304428
INTERCÁMBIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		JESSICA BARBOSA NASCIMENTO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF									
1 1 1 0 6 0 6 1 4 8 6 0 1									
22-Nome do Contratado Executante									
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO									
23-Número no CRO									
44158									
24-UF									
MG									
25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executante									
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO									
27-Número no CRO									
44158									
28-UF									
MG									
29-Código CBO S									
20-Código CBO S									
19-UF									
MG									
025 - Faturar Empresa									

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo de Empresa
12/11/03 13h 20m 83	12/11/03 11 20 83	12/11/03 11 20 x <i>Atividade</i>	12/11/03 11 20

Dra. Jessica B. Dentista
Cirurgia 644158

2-N⁶

296735
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 05/10/2013	4-Dia da Autorização 08/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7455692	7-Data Validade da Senha 03/10/2016
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 6 1 7 3 6 0 0 0 0 1 0 2		11-Data Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _	
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	

13- Nome LEONARDO BARBOSA CARDOSO	14- Telefone 31/07/1974	15- Nome do titular do plano MICHELLE FONSECA DUARAS
---	-----------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Solicitante							
N		JESSICA BARBOSA NASCIMENTO							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF									
1 1 1 0 6 0 6 1 4 8 6 0 1 1 1 1									
22-Nome do Contratado Exculante									
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO									
23-Número no CRO									
44158									
24-UF									
MG									
25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Exculante									
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO									
27-Número no CRO									
44158									
28-UF									
MG									
29-Código CBO S									
20-Código CBO S									

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, 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

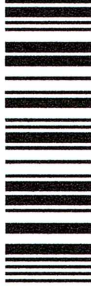
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/8/1013/11/29	<i>B.</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/8/1013/11/29	<i>B.</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	10/8/1013/11/29	<i>Dr. Cassiano</i>
53-Data, local e Certificado de Empresa	10/8/1013/11/29	Dr. Cassiano Barbosa Nascimento

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgia Dentista
CRO-MG 44.158



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308465
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
2 3 / 0 7 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7527148

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
2 8 / 0 4 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
2 4 / 0 4 / 2 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 5 0 6 0 2

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LUANA CRISTINA SOARES SANTOS

16/07/1991

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DONIZETE ALVES DE AQUINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 1 1 0 6 0 6 1 4 8 6 0 1

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

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

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

305238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/04/2014	4-Data de Autorização 12/05/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7502807	7-Data Validada da Senha 03/07/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202526199400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCELIA NUNES QUINTINO	14-Data de Nascimento 14/06/1979	14-Telefone () - / - /	15-Nome do titular do plano LUCELIA NUNES QUINTINO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNP / CPF 11106016486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	018100100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00				12/05/2014	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/2014	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/2014
---	---	---

Cirurgião Dentista
CRO-MG 44.158



2-Nº

305590
INTERCÂMBIO

025 -38-Franquia/Co-participação R\$

Chirurgia e Protesi
Chirurgia Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



306416
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/14/2014	4-Data de Autorização 12/21/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7512071	7-Data Validade da Senha 11/31/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 010120202526199400001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome LUCELIA NUNES QUINTINO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LUCELIA NUNES QUINTINO	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158
19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011	22-Data do Contrato Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	26-Número no CRO 44158	27-UF MG	28-Código CBO S	29-UF MG	30-UF MG

31-Código do Procedimento 1-00185100196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 35 V 1	34-Face V	35-Qtd 1	36-Quantidade US 61000	37-Valor 01000	38-Franquia/Co-participação R\$ 01000	39-Aut S	40-Data de Realização 12/21/2014	41-Motivo da Classe 42-Assinatura [Assinatura]
2-1										
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61000	47-Valor Total R\$ 61000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 61000
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

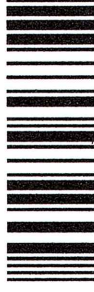
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s)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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/2014 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/2014 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/2014 [Assinatura]	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/21/2014 [Assinatura]	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/2014 [Assinatura]
---------------	--	--	--	---	--

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgião Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



308473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2014 12:01	4-Data de Autorização 12/08/2014 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527185	7-Data Validade da Senha 12/03/2017 12:01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025211855000726021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-LUCIANA SIMPLICIO MACHADO	13/07/1993	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano RENATO MOURA PIRES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	225 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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
1-0008101000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		28/04/2014	<i>Jessica Barbosa Nascimento</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2014 11:20 <i>JB</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2014 11:20 <i>Jessica Barbosa Nascimento</i>	52-Data, local e Cartão da Empresa 12/08/2014 11:20
---	---	--

Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

300832
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/10 13/12/10	4-Data de Autorização 12/5/10 14/1/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7479229	7-Data Validada da Senha 11/01/10 16/12/10
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025211855002089011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIS ALBERTO DE OLIVEIRA	31/07/1982	14-Telefone (1111) 11111111	15-Nome do titular do plano LUIS ALBERTO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106061486011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	01810001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1			34,00	0,00			12/5/10 14/1/20	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/5/10 14/1/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/5/10 14/1/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/5/10 14/1/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/5/10 14/1/20
--	--	--	--

Dr. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgia Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



302704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/07/10 13/12/01		5-Sinthe AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7488173		7-Data Validade da Sinthe 11/01/01 16/12/01	
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 000202527775930000010102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/01 11/01/01		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA		14-Telefone (1311) 3117610611		15-Nome do titular do plano JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-000851010200		RESTAURAÇÃO RESINA		22		PM		1	
2-1									
3-1									
4-1									
5-1									
6-1									
7-1									
8-1									
9-1									
10-1									
11-1									
12-1									
13-1									
14-1									
15-1									
41-Molte da Glosa 42-Assinatura									
43-Data Previsto Término do Tratamento									
44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1		1-Total 2-Parcial		11810101		11810101		11810101	

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



308463
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012	4-Data de Autorização 12/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527135	7-Data Validade da Senha 12/3/10 7/12/01
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002020252118550020206801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELO LIMA DE OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO LIMA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Data Validade da Carteira / /	22-Data Validade da Carteira / /	23-Data Validade da Carteira / /	24-Data Validade da Carteira / /	25-Data Validade da Carteira / /	26-Data Validade da Carteira / /	27-Data Validade da Carteira / /	28-Data Validade da Carteira / /	29-Data Validade da Carteira / /	30-Data Validade da Carteira / /	31-Data Validade da Carteira / /	32-Data Validade da Carteira / /	33-Data Validade da Carteira / /	34-Data Validade da Carteira / /	35-Data Validade da Carteira / /	36-Data Validade da Carteira / /	37-Data Validade da Carteira / /	38-Data Validade da Carteira / /	39-Data Validade da Carteira / /	40-Data Validade da Carteira / /	41-Data Validade da Carteira / /	42-Data Validade da Carteira / /	43-Data Validade da Carteira / /	44-Data Validade da Carteira / /	45-Data Validade da Carteira / /	46-Data Validade da Carteira / /	47-Data Validade da Carteira / /	48-Data Validade da Carteira / /	49-Data Validade da Carteira / /	50-Data Validade da Carteira / /	51-Data Validade da Carteira / /	52-Data Validade da Carteira / /	53-Data Validade da Carteira / /	54-Data Validade da Carteira / /	55-Data Validade da Carteira / /	56-Data Validade da Carteira / /	57-Data Validade da Carteira / /	58-Data Validade da Carteira / /	59-Data Validade da Carteira / /	60-Data Validade da Carteira / /	61-Data Validade da Carteira / /	62-Data Validade da Carteira / /	63-Data Validade da Carteira / /	64-Data Validade da Carteira / /	65-Data Validade da Carteira / /	66-Data Validade da Carteira / /	67-Data Validade da Carteira / /	68-Data Validade da Carteira / /	69-Data Validade da Carteira / /	70-Data Validade da Carteira / /	71-Data Validade da Carteira / /	72-Data Validade da Carteira / /	73-Data Validade da Carteira / /	74-Data Validade da Carteira / /	75-Data Validade da Carteira / /	76-Data Validade da Carteira / /	77-Data Validade da Carteira / /	78-Data Validade da Carteira / /	79-Data Validade da Carteira / /	80-Data Validade da Carteira / /	81-Data Validade da Carteira / /	82-Data Validade da Carteira / /	83-Data Validade da Carteira / /	84-Data Validade da Carteira / /	85-Data Validade da Carteira / /	86-Data Validade da Carteira / /	87-Data Validade da Carteira / /	88-Data Validade da Carteira / /	89-Data Validade da Carteira / /	90-Data Validade da Carteira / /	91-Data Validade da Carteira / /	92-Data Validade da Carteira / /	93-Data Validade da Carteira / /	94-Data Validade da Carteira / /	95-Data Validade da Carteira / /	96-Data Validade da Carteira / /	97-Data Validade da Carteira / /	98-Data Validade da Carteira / /	99-Data Validade da Carteira / /	100-Data Validade da Carteira / /
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

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
1-001811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00				28/10/14	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/14 11/20 93	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/14 11/20 93	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/14 11/20 93	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/14 11/20 93	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/14 11/20 93	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/14 11/20 93
--	--	--	--	--	--

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
 CRD/MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



305583
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/17/10 4/12 01	4-Data de Autorização 12/15/10 4/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7505170	7-Data Validade da Senha 10/16/10 7/12 01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1001202521185500024603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIA EMARIA EDUARDA SANTOS CARVALHO	14-Telefone (1311) 31743643	15-Nome do titular do plano EDUARDO ELIAS ANTONIO DE CARVALHO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	25-Código CNES
20-Código CBO S			
29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	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	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
1-000810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1			34,00	0,00			12/15/10 4/12 01				
2-1														
3-1														
4-1														
5-1														
6-1														
7-1														
8-1														
9-1														
10-1														
11-1														
12-1														
13-1														
14-1														
15-1														

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

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/15/10 4/12 01	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/15/10 4/12 01	52-Data, local e Contribuição da Empresa 12/15/10 4/12 01
---	---	--

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
 Cirurgião Dentista
 CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



308461
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/14/10 14/12/10		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7527133		7-Data Validade da Sineta 12/13/10 17/12/10			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 101020252111855001261011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome MICHAEL MARCIO BARBOSA SOARES		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano MICHAEL MARCIO BARBOSA SOARES							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		Faturar Empresa			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0	018101000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		1	34,00	0,00	0,00		12/18/10 14/12/10	
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/18/10 14/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/18/10 14/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/18/10 14/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/18/10 14/12/10
--	--	--	--

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



288889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7412702	7-Data Validade da Senha 15/05/2012
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521185500132204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MIGUEL QUIRINO DOS SANTOS	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano ORLANDO QUIRINO DOS SANTOS
--------------------------------------	--------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNP / CPF 11060164860111111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Envio - RX (I) 85100200	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	-------------------------------	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-000184000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00				09/03/2012	<i>Jessica Barbosa</i>
2-000185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00				09/03/2012	<i>Jessica Barbosa</i>
3-000185100200		RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00				09/03/2012	<i>Jessica Barbosa</i>
4-000183000089		EXODONTIA SIMPLES DE	85		1	73,00				09/03/2012	<i>Jessica Barbosa</i>
5-000000000000											
6-000000000000											
7-000000000000											
8-000000000000											
9-000000000000											
10-000000000000											
11-000000000000											
12-000000000000											
13-000000000000											
14-000000000000											
15-000000000000											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 294,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/03/2012 <i>J</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2012 <i>J</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012 <i>J</i>	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/03/2012
--	--	--	---

Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



288892
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/15/10 12/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7412705	7-Data Validade da Senha 11/15/10 15/12/01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 10102025211855000132204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome MIGUEL QUIRINO DOS SANTOS	14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ORLANDO QUIRINO DOS SANTOS
--------------------------------------	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0008400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16	1	1	1	49,00	0,00	0,00	1	10/18/10 3/12/01	Assinatura
2-0008400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26	1	1	1	49,00	0,00	0,00	1	10/18/10 3/12/01	Assinatura
3-0008400074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	1	1	49,00	0,00	0,00	1	10/18/10 3/12/01	Assinatura
4-0000000000											
5-0000000000											
6-0000000000											
7-0000000000											
8-0000000000											
9-0000000000											
10-0000000000											
11-0000000000											
12-0000000000											
13-0000000000											
14-0000000000											
15-0000000000											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1147,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/18/10 3/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/18/10 3/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/10 3/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/18/10 3/12/01
---	---	---	---

Dr. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



300835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/2013	4-Data de Autorização 12/3/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7479231	7-Data Validade da Senha 11/01/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0101202521185500201600021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NAIARA CARVALHO MARTINS	21/08/1996	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JUNIO RAFAEL VIEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabola	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		
1-01081000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1	34,00	0,00		S	23/04/2014			
2-1													
3-1													
4-1													
5-1													
6-1													
7-1													
8-1													
9-1													
10-1													
11-1													
12-1													
13-1													
14-1													
15-1													

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/2014	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/2014	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/3/2014
---------------	--	--	---

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/3/2014

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



307932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 4/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7523200		7-Data Validade da Senha 12/11/10 17/12/10			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025211855001927011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome NIVEA APARECIDA RODRIGUES MDE OLIVEIRA		26/04/1982		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano NIVEA APARECIDA RODRIGUES MDE OLIVEIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		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
1-0000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	28/10/11	20/11/11
2-0000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	28/10/11	20/11/11
3-0000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	28/10/11	20/11/11
4-0000853100047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	1	36,00	0,00	0,00	1	28/10/11	20/11/11
5-0000810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	28/10/11	20/11/11
6-00008511000196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	1	61,00	0,00	0,00	1	28/10/11	20/11/11
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
11/11/11		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1123910101		111010101		11111111	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/10 14/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/10 14/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/10 14/11/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 12/10/10 14/11/2011
--	--	--	---

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



302705
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/07/2014	4-Data de Autorização 12/06/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7488186	7-Data Validada da Senha 15/01/2014
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0101202521118550002111011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/07/1987	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Nome PAULO HENRIQUE SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a RN N	15-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	16-Data de Nascimento 11/07/1987	17-CPF 11106016486011	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
20-Código no CRO 44158					
21-Código no CRO 44158					
22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
23-Número no CRO 44158					
24-UF MG					
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
26-Número no CRO 44158					
27-UF MG					

28-Valor	29-Franchising/Co-participação R\$	30-Aut	31-Data de Realização	32-Motivo da Glosa 42-Assinatura
33-Quantidade US	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Data de Realização
38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	43-Data de Realização
44-Valor	45-Franchising/Co-participação R\$	46-Data de Realização	47-Motivo da Glosa 48-Assinatura	49-Data de Realização

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Valor	37-Franchising/Co-participação R\$	38-Aut	39-Data de Realização	40-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010810010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		12/06/2014	
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

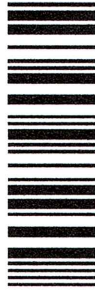
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Franchising	46-Tipo de Franchising	47-Valor Total R\$	48-Tipo de Franchising
49-Data Previsão Término do Tratamento	50-Tipo de Atendimento	51-Tipo de Franchising	52-Tipo de Franchising	53-Valor Total R\$	54-Tipo de Franchising

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 Beneficiário / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente
	12/06/2014	12/06/2014	12/06/2014



2-Ap



302710
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 26/04/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7488204	7-Data Validade da Senha 15/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--

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

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO HENRIQUE SILVA	(11) 11111111	PAULO HENRIQUE SILVA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Controlado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-46
--	--	---------------------------	-------------	----------------	---------------------------------

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

[illegible][illegible]

43-Data Previsão	Término do Tratamento
44-Tipo de Atendimento	
1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico
3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento	
1-Total	2-Parcial
46-Total Quantidade US	
5 3 0 0	
47-Valor Total R\$	
0 0 0 0	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

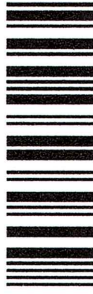
19. 01-01-2000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	12/6/10 14/11 20	<i>[Assinatura]</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	12/6/10 14/11 20	<i>[Assinatura]</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	12/6/10 14/11 20	<i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Carimbo da Empresa	12/6/10 14/11 20	<i>[Assinatura]</i> <i>[Carimbo: DENTEX DENTISTAS]</i> <i>[Carimbo: DENTEX DENTISTAS]</i>

Dra. Virginia Buitrago
Cirujana Dentista
CR-0454258

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



298599
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/2013		4-Data de Autorização 12/05/2014		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7467204		7-Data Validade da Sineta 10/11/2016	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0002025211855000888011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA			
13-Nome RAFAEL VITOR DA SILVA				14-Telefone (11) 11111111				15-Nome do titular do plano RAFAEL VITOR DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		30-Faturar Empresa		31-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0008101000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34000		0100		39-Aut	
2-1										40-Data de Realização	
3-1										41-Motivo da Classe 42-Assinatura	
4-1										43-Valor	
5-1										44-Total	
6-1										45-Total	
7-1										46-Total	
8-1										47-Total	
9-1										48-Total	
10-1										49-Total	
11-1										50-Total	
12-1										51-Total	
13-1										52-Total	
14-1										53-Total	
15-1										54-Total	

43-Data Previsto Término do Tratamento
 11/11/11

44-Tipo de Atendimento
 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Total Quantidade US
 113410101

46-Valor Total R\$
 1101010101

47-Total Franquia / Co-participação R\$
 1111111111

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

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 12/05/2014 11:20:43

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 12/05/2014 11:20:43

52-Data, local e Carimbo da Empresa
 12/05/2014 11:20:43

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 12/05/2014 11:20:43

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 12/05/2014 11:20:43



2-№



303070
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 7 / 0 3 / 2 0	4-Data de Autorização 2 2 / 0 4 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7490207	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 6 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira	0	0	2	0	2	5	2	1	1	8	5	5	0	0	0	4	7	5	0	2
9-Plano	POS REDE PRESTADORA																			
10-Empresa	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA																			
11-Data Validade da Carteira																				
12-Número do Cartão Nacional de Saúde																				

13-Nome REGIANE GOMES DA SILVA SANTOS	25/08/1991	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano JACKSON DOS SANTOS
--	------------	--------------------	---

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO	44158	19-UF	MG	20-Código CBO S	025 - Educação Especial
---------------------	---	-------------------------------------	----------------------------	------------------	-------	-------	----	-----------------	----------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

30.1- Etiqueta	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Relevo	34- Face	35- Old	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Anul	40- Data de Realizado	41- Motivo da Clsua 42- Assinatura
----------------	----------------------------	---------------	------------------	----------	---------	-------------------	-----------	----------------------------------	----------	-----------------------	------------------------------------

[illegible][illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, 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.

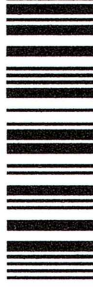
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/2/10 4/11/2010	12/2/10 4/11/2010	12/2/10 4/11/2010	12/2/10 4/11/2010

Cirugía Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



298606
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2013 11:20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7467218	7-Data Validade da Senha 07/10/2013 12:00
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202521185500202802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RENATA DE FREITAS PAULA	23/06/1984	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LUIZ ALBERTO COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	22-UF MG	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNP / CPF 111061616486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-UF MG	31-Número no CRO 44158	32-UF MG	33-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
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	34,00			10/09/2013 12:00	P. Paula
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	1	36,00			10/09/2013 12:00	P. Paula
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	1	36,00			10/09/2013 12:00	P. Paula
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	1	36,00			10/09/2013 12:00	P. Paula
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	1	36,00			10/09/2013 12:00	P. Paula
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 1178,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1178,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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 11/09/2013 12:00	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2013 12:00	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2013 12:00	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/2013 12:00
---	---	---	--

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



293832
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/03 11/21 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7440913	7-Data Validade da Senha 30/11/05 11/21 01
--------------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202512118550001726011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 00202512118550001726011	
13-Nome RENATO MOURA PIRES DA SILVA		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano RENATO MOURA PIRES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código CNES	22-UF MG	23-UF MG	24-UF MG	25-UF MG	26-UF MG	27-UF MG	28-UF MG	29-UF MG	30-UF MG	31-UF MG	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG	51-UF MG	52-UF MG	53-UF MG	54-UF MG	55-UF MG	56-UF MG	57-UF MG	58-UF MG	59-UF MG	60-UF MG	61-UF MG	62-UF MG	63-UF MG	64-UF MG	65-UF MG	66-UF MG	67-UF MG	68-UF MG	69-UF MG	70-UF MG	71-UF MG	72-UF MG	73-UF MG	74-UF MG	75-UF MG	76-UF MG	77-UF MG	78-UF MG	79-UF MG	80-UF MG	81-UF MG	82-UF MG	83-UF MG	84-UF MG	85-UF MG	86-UF MG	87-UF MG	88-UF MG	89-UF MG	90-UF MG	91-UF MG	92-UF MG	93-UF MG	94-UF MG	95-UF MG	96-UF MG	97-UF MG	98-UF MG	99-UF MG	100-UF MG
---	--	---	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

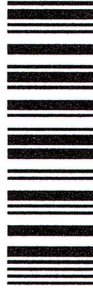
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código CNES	22-UF MG	23-UF MG	24-UF MG	25-UF MG	26-UF MG	27-UF MG	28-UF MG	29-UF MG	30-UF MG	31-UF MG	32-UF MG	33-UF MG	34-UF MG	35-UF MG	36-UF MG	37-UF MG	38-UF MG	39-UF MG	40-UF MG	41-UF MG	42-UF MG	43-UF MG	44-UF MG	45-UF MG	46-UF MG	47-UF MG	48-UF MG	49-UF MG	50-UF MG	51-UF MG	52-UF MG	53-UF MG	54-UF MG	55-UF MG	56-UF MG	57-UF MG	58-UF MG	59-UF MG	60-UF MG	61-UF MG	62-UF MG	63-UF MG	64-UF MG	65-UF MG	66-UF MG	67-UF MG	68-UF MG	69-UF MG	70-UF MG	71-UF MG	72-UF MG	73-UF MG	74-UF MG	75-UF MG	76-UF MG	77-UF MG	78-UF MG	79-UF MG	80-UF MG	81-UF MG	82-UF MG	83-UF MG	84-UF MG	85-UF MG	86-UF MG	87-UF MG	88-UF MG	89-UF MG	90-UF MG	91-UF MG	92-UF MG	93-UF MG	94-UF MG	95-UF MG	96-UF MG	97-UF MG	98-UF MG	99-UF MG	100-UF MG
---	--	---	--	---------------------------	-------------	-----------------	----------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------

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), folharam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/18/10 13/11/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/18/10 13/11/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/18/10 13/11/2011		53-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		54-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		55-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		56-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		57-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		58-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		59-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		60-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		61-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		62-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		63-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		64-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		65-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		66-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		67-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		68-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		69-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		70-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		71-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		72-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		73-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		74-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		75-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		76-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		77-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		78-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		79-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		80-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		81-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		82-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		83-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		84-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		85-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		86-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		87-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		88-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		89-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		90-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		91-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		92-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		93-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		94-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		95-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		96-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		97-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		98-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		99-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011		100-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 10/18/10 13/11/2011	
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



298956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/03/12/01	4-Data de Autorização 12/08/10/04/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7468984	7-Data Validada da Senha 08/11/06/12/01
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025271948000010104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RHEGYS FELIYPE CORREA SALES	11/04/1991	14-Telefone (1311) 9198713255	15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106016486011111	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

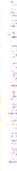
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
1-0008511010196		RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00				12/08/10/14/12/01	<i>Jessica</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 61,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	---------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/10/04/12/01 <i>Jessica</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/10/04/12/01 <i>Rhegys</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/10/04/12/01 <i>Dra. Jessica Barbosa Nascimento</i> Cirurgiã Dentista CRO-MG 44158
---	--	--

2-N¹⁰

8-Número da Carteira	100202521185500189501
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira	__/__/__
12-Número do Carilho Nacional de Saúde	

ROBERTO CESAR DA SILVEIRA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110160648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Gusa 42- Assinatura

[illegible][illegible]

9.

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

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

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), terão/terão realizado(s) conforme o contrato, com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo o(s) valor(es) que os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	10/11/2016	10/11/2016	10/11/2016
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	10/11/2016	10/11/2016	10/11/2016
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	10/11/2016	10/11/2016	10/11/2016
53-Data, local e Carimbo da Empresa	10/11/2016	10/11/2016	10/11/2016

Dr. Jessica Barbosa

Assinatura

Dra. Jessica Barbosa Nascimento
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



290092
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 09/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7418834	7-Data Validada da Senha 18/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025211855000674011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RODRIGO DA SILVA NOGUEIRA	13-Data 05/04/1988	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RODRIGO DA SILVA NOGUEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S	21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 111060164886011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	30-Faturar Empresa Enviar - RX (I) 95100200
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------	---

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
1-001851002001	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8800	0100	010311201				<i>Barbosa</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8800	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0100
--	--	---	--------------------------------	----------------------------	---

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 10/09/2013 11/201 <i>Barbosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/09/2013 11/201 <i>Barbosa</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/2013 11/201 <i>Barbosa</i>
---	---	---

Barbosa
CRO-MG 44158



- Registro ANS		3 - Nome da Operadora		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
atos do Contratado		7 - Nome do Contratado		44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
- Código na Operadora		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		12 -		13 -		14 -		15 -		16 -		17 -		18 -		19 -		20 -		21 -		22 -		23 -		24 -		25 -		26 -		27 -		28 -		29 -		30 -		31 -		32 -		33 -		34 -		35 -		36 -		37 -		38 -		39 -		40 -		41 -		42 -		43 -		44 -		45 -		46 -		47 -		48 -		49 -		50 -		51 -		52 -		53 -		54 -		55 -		56 -		57 -		58 -		59 -		60 -		61 -		62 -		63 -		64 -		65 -		66 -		67 -		68 -		69 -		70 -		71 -		72 -		73 -		74 -		75 -		76 -		77 -		78 -		79 -		80 -		81 -		82 -		83 -		84 -		85 -		86 -		87 -		88 -		89 -		90 -		91 -		92 -		93 -		94 -		95 -		96 -		97 -		98 -		99 -		100 -		101 -		102 -		103 -		104 -		105 -		106 -		107 -		108 -		109 -		110 -		111 -		112 -		113 -		114 -		115 -		116 -		117 -		118 -		119 -		120 -		121 -		122 -		123 -		124 -		125 -		126 -		127 -		128 -		129 -		130 -		131 -		132 -		133 -		134 -		135 -		136 -		137 -		138 -		139 -		140 -		141 -		142 -		143 -		144 -		145 -		146 -		147 -		148 -		149 -		150 -		151 -		152 -		153 -		154 -		155 -		156 -		157 -		158 -		159 -		160 -		161 -		162 -		163 -		164 -		165 -		166 -		167 -		168 -		169 -		170 -		171 -		172 -		173 -		174 -		175 -		176 -		177 -		178 -		179 -		180 -		181 -		182 -		183 -		184 -		185 -		186 -		187 -		188 -		189 -		190 -		191 -		192 -		193 -		194 -		195 -		196 -		197 -		198 -		199 -		200 -		201 -		202 -		203 -		204 -		205 -		206 -		207 -		208 -		209 -		210 -		211 -		212 -		213 -		214 -		215 -		216 -		217 -		218 -		219 -		220 -		221 -		222 -		223 -		224 -		225 -		226 -		227 -		228 -		229 -		230 -		231 -		232 -		233 -		234 -		235 -		236 -		237 -		238 -		239 -		240 -		241 -		242 -		243 -		244 -		245 -		246 -		247 -		248 -		249 -		250 -		251 -		252 -		253 -		254 -		255 -		256 -		257 -		258 -		259 -		260 -		261 -		262 -		263 -		264 -		265 -		266 -		267 -		268 -		269 -		270 -		271 -		272 -		273 -		274 -		275 -		276 -		277 -		278 -		279 -		280 -		281 -		282 -		283 -		284 -		285 -		286 -		287 -		288 -		289 -		290 -		291 -		292 -		293 -		294 -		295 -		296 -		297 -		298 -		299 -		300 -		301 -		302 -		303 -		304 -		305 -		306 -		307 -		308 -		309 -		310 -		311 -		312 -		313 -		314 -		315 -		316 -		317 -		318 -		319 -		320 -		321 -		322 -		323 -		324 -		325 -		326 -		327 -		328 -		329 -		330 -		331 -		332 -		333 -		334 -		335 -		336 -		337 -		338 -		339 -		340 -		341 -		342 -		343 -	

32 - Valor Total Recursado (R\$)	199,80
33 - Valor Total Acatado (R\$)	0,00

34 - Data do Recurso

35 - Assinatura do Prestador

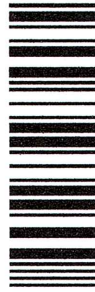
36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



303069
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2017	4-Data de Autorização 12/12/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7490206	7-Data Validade da Senha 15/10/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01020252111855000782021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROSIANE GOMES DA SILVA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano GIOVANNI MARTINS MADALENA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110606486011					
22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
25-Código CNES 44158					
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
27-Número no CBO 44158					
28-UF MG					
29-Código CBO S					
20-Código CBO S					
19-UF MG					
24-UF MG					
25-Código CNES					
26-UF MG					
27-Número no CBO					
28-UF MG					
29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00		12/12/2017	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		12/12/2017	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		12/12/2017	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		12/12/2017	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		12/12/2017	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 101,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11,00
--	--	---	-----------------------------------	------------------------------	--

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 12/12/2017/1201	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2017/201	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/12/2017/201
--	---	--



3 - Nome da Operadora
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA

4 - Objeto do Recurso
2

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela
3 0 4 9 5 6

7 - Nome do Contratado
44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

13 -

14 - Número da Guia Atribuído pelo Prestador
2 8 4 9 9 4

15 - Status
AUTORIZADO

16 - Beneficiário
00202521185500203103 - RYAN DAVID GOMES DE SOUZA

17 -

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento

21 - Dente/Região

22 - Faço

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 Acatado

31 - Justificativa da Operadora

32 - Valor Total Recusado (RS)
4 2 0 0

33 - Valor Total Acatado (RS)
0 0 0 0

34 - Data do Recurso
0 8 / 0 3 / 2 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data de Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

1 - 0 9 / 0 2 / 2 0 2 0
Foi realizado o tratamento e o condicionamento durante as consultas.
CONDICIONAMENTO EM ODONTOLOGIA
1 3 1 9

2 -

3 -

4 -

5 -

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



308435
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2019	5-Sincha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7526976	7-Data Validada da Senha 12/10/2019
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 000202521185500189002	4-Data de Autorização 12/10/2019	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 12/10/2019
13-Nome TATIANE DINIZ FRANCO MELO	12-Data de Nascimento 26/02/1985	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABRICIO EDSON PEREIRA DE MELO	16-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
17-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060161486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
20-Código CBO S	25-Código CNES
18-Número no CRO 44158	24-UF MG
23-Número no CRO 44158	28-UF MG
Faturar Empresa 025 -	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	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	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura			
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00				28/10/2019				
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/19	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Valor Total US 34,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------	--------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2019
---	---	---	---

Dra. Jéssica Barbosa Nascimento
Cirurgião Dentista
CRM 44158

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



300450
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/2013	4-Data de Autorização 12/12/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7476917	7-Data Validade da Senha 10/10/16
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020252118550019185011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome THIAGO SOARES PENIDO		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano THIAGO SOARES PENIDO					

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S		21-Código CNES		22-UF MG		23-UF MG		24-UF MG		25-UF MG		26-UF MG		27-UF MG		28-UF MG		29-UF MG		30-UF MG		31-UF MG		32-UF MG		33-UF MG		34-UF MG		35-UF MG		36-UF MG		37-UF MG		38-UF MG		39-UF MG		40-UF MG		41-UF MG		42-UF MG		43-UF MG		44-UF MG		45-UF MG		46-UF MG		47-UF MG		48-UF MG		49-UF MG		50-UF MG		51-UF MG		52-UF MG		53-UF MG		54-UF MG		55-UF MG		56-UF MG		57-UF MG		58-UF MG		59-UF MG		60-UF MG		61-UF MG		62-UF MG		63-UF MG		64-UF MG		65-UF MG		66-UF MG		67-UF MG		68-UF MG		69-UF MG		70-UF MG		71-UF MG		72-UF MG		73-UF MG		74-UF MG		75-UF MG		76-UF MG		77-UF MG		78-UF MG		79-UF MG		80-UF MG		81-UF MG		82-UF MG		83-UF MG		84-UF MG		85-UF MG		86-UF MG		87-UF MG		88-UF MG		89-UF MG		90-UF MG		91-UF MG		92-UF MG		93-UF MG		94-UF MG		95-UF MG		96-UF MG		97-UF MG		98-UF MG		99-UF MG		100-UF MG	
--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	----------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060164816011111		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		26-UF MG		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		30-UF MG		31-UF MG		32-UF MG		33-UF MG		34-UF MG		35-UF MG		36-UF MG		37-UF MG		38-UF MG		39-UF MG		40-UF MG		41-UF MG		42-UF MG		43-UF MG		44-UF MG		45-UF MG		46-UF MG		47-UF MG		48-UF MG		49-UF MG		50-UF MG		51-UF MG		52-UF MG		53-UF MG		54-UF MG		55-UF MG		56-UF MG		57-UF MG		58-UF MG		59-UF MG		60-UF MG		61-UF MG		62-UF MG		63-UF MG		64-UF MG		65-UF MG		66-UF MG		67-UF MG		68-UF MG		69-UF MG		70-UF MG		71-UF MG		72-UF MG		73-UF MG		74-UF MG		75-UF MG		76-UF MG		77-UF MG		78-UF MG		79-UF MG		80-UF MG		81-UF MG		82-UF MG		83-UF MG		84-UF MG		85-UF MG		86-UF MG		87-UF MG		88-UF MG		89-UF MG		90-UF MG		91-UF MG		92-UF MG		93-UF MG		94-UF MG		95-UF MG		96-UF MG		97-UF MG		98-UF MG		99-UF MG		100-UF MG	
---	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--	-------------	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	-------------	--	--------------	--

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 881010		47-Valor Total R\$ 101010		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111	
--	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	------------------------------	--	---	--

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/21/14/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/21/14/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/21/14/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa Dra. Maria Dalva Moreira CRO-MG 45.153
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



307931
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 4/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7523196	7-Data Validade da Senha 12/11/10 17/12/10
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 000202521185150000617011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLEY DE ALMEIDA SANTOS				
14-Telefone (11) 11111111				
15-Nome do titular do plano WESLEY DE ALMEIDA SANTOS				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110161016148161011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158
18-Número no CRO 44158	19-UF MG
20-Código CBO S	24-UF MG
25-Código CNES	28-UF MG
29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Qtde	34-Face	35-Qtde	36-Quantidade US	37-Valor	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								
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA	1		34100				12/3/10 4/12/10	
2-000820000875		EXODONTIA SIMPLES DE	36		73100				12/3/10 4/12/10	
3-1										
4-1										
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-1 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1107100	47-Valor Total R\$ 1107100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1107100
--	---	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/10 4/12/10 J.B.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/10 4/12/10 J.B.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/10 4/12/10 W.A.S.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/10 4/12/10
---	---	---	--

Carimbo da Empresa
OdontoLife