



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316968  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/2015 | 4-Data de Autorização<br>12/09/2015 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7597345 | 7-Data Validade da Senha<br>12/04/2018 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                |  |                                |                                          |                                                      |                                       |
|------------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                          |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>0002022521185500118202 |  | 14-Telefone<br>(31) 3772-2768  |                                          | 15-Nome do titular do plano<br>TIAGO VICENTE MOREIRA |                                       |
| 13-Nome<br>LAIS PINTO SOARES                   |  | 05/06/1993                     |                                          |                                                      |                                       |

|                                                                 |                                                                   |                                                               |             |                       |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                   | 18-Número no CRO<br>9911                                      | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 23-Número no CRO<br>9911                                      | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>151249235634             |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |             | 29-Código CBO S       | (I) 81000375-RPD<br>(I) 81000375-RPE             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG |                       |                                                  |

| 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-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/05/2015            |                    |               |
| 2-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/05/2015            |                    |               |
| 3-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/05/2015            |                    |               |
| 4-        | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 30/05/2015            |                    |               |
| 5-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>56,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                                             |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/05/2015 x Laís Pinto Soares | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-95 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|



# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316333  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/05/10 | 4-Data de Autorização<br>12/06/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7587501 | 7-Data Validade da Senha<br>12/03/10 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                           |  |                                                |                                |                                          |                                                               |                                       |
|-------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                     |  | 8-Número da Carteira<br>0002025211855001739011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                           | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>JULIO CESAR DOS SANTOS PEREIRA |  | 07/10/1979                                     |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>JULIO CESAR DOS SANTOS PEREIRA |                                       |

|                                                 |  |                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 16-Alendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                                 |                                                               |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>151249235634             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                                                               | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 222000           | 0,00     |                                 |        | 30/05/10              |                    | xfil          |
| 2-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>222000 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

|                                                                      |                                                          |                                                                            |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>30/09/10 xfil | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316749  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/06/2015 | 4-Data de Autorização<br>12/08/2015 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7590573 | 7-Data Validade da Senha<br>12/08/2015 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                               |                                |                                          |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>000202521185500082502 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                                  |                           |                                                          |
|--------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>CLAUDIA CRISTINA X DAS CHAGAS PEREIRA | 14-Telefone<br>19/07/1983 | 15-Nome do titular do plano<br>CARLOS ALBERTO DOS SANTOS |
|--------------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------|

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                               |                          |             |                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela     | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---------------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00081000294 |                           | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 222,00           | 0,00     |                                 |        | 29/05/20              |                    |               |
| 2-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-            |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-           |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>222,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

## 49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/05/2010 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

311570  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                       |                                                                   |                                                            |                                       |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/15 | 4-Data de Autorização<br>29/10/15                                 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                      | 6-Número da Guia Principal<br>7550904 | 7-Data Validade da Senha<br>06/10/18  |
| 8-Número da Carteira<br>0020252118550004201                     |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MATEUS SOARES ROCHA BARBOSA                          |                                       | 14-Telefone<br>02/09/1988                                         | 15-Nome do titular do plano<br>MATEUS SOARES ROCHA BARBOSA |                                       |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        |                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                   | 19-UF<br>MG                           | 20-Código CBO S<br>09                 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                                   | 24-UF<br>MG                           | 25-Código CNES<br>(I) 81000421-       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                                       | 27-Número no CRO<br>9911                                          | 28-UF<br>MG                                                | 29-Código CBO S                       |                                       |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 29/10/2015            |                    |               |
| 2-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                       |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/10/15 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

317162  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/05/20 | 4-Data de Autorização<br>29/05/20 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7597553 | 7-Data Validade da Senha<br>29/05/20 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |  |                                |  |                                          |  |                                                             |  |                                       |  |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|--|------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| Dados do Beneficiário                        |  | 8-Plano<br>POS REDE PRESTADORA |  | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                         |  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |  |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500174602 |  |                                |  |                                          |  |                                                             |  |                                       |  |
| 13-Nome<br>KELLY MARCILIA DOS SANTOS         |  |                                |  | 14-Telefone<br>( ) -                     |  | 15-Nome do titular do plano<br>LUCAS FERREIRA DE FIGUEIREDO |  |                                       |  |
|                                              |  |                                |  | 25/01/1990                               |  |                                                             |  |                                       |  |

|                                                                 |  |                                                                   |  |                          |  |                       |  |                          |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |  | 16-Número no CRO<br>9911                                          |  | 19-UF<br>MG              |  | 20-Código CBO S<br>09 |  | 025 -<br>Faturar Empresa |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |  |                          |  |                       |  |                          |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     |  | 23-Número no CRO<br>9911 |  | 24-UF<br>MG           |  | 25-Código CNES           |  |
|                                                                 |  |                                                                   |  |                          |  |                       |  |                          |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  |                                                                   |  | 27-Número no CRO<br>9911 |  | 28-UF<br>MG           |  | 29-Código CBO S          |  |
|                                                                 |  |                                                                   |  |                          |  |                       |  |                          |  |

|                                                 |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
|-------------------------------------------------|--|---------------------------|--|---------------|--|--------|--|------------------|--|----------|--|---------------------------------|--|--------|--|-----------------------|--|---------------------|--|---------------|--|
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |  | 33-Dente/Região           |  | 34-Face       |  | 35-Old |  | 36-Quantidade US |  | 37-Valor |  | 38-Franquia/Co-participação R\$ |  | 39-Aut |  | 40-Data de Realização |  | 41-Motivo da Glória |  | 42-Assinatura |  |
| 30-Tabeta                                       |  | 31-Código do Procedimento |  | 32-Descrição  |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 1-0081000421                                    |  |                           |  | RX PERIAPICAL |  | RMIE   |  | 1                |  | 1400     |  | 000                             |  | S      |  | 29/05/20              |  |                     |  | x             |  |
| 2-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 3-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 4-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 5-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 6-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 7-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 8-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 9-                                              |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 10-                                             |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 11-                                             |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 12-                                             |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 13-                                             |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 14-                                             |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |
| 15-                                             |  |                           |  |               |  |        |  |                  |  |          |  |                                 |  |        |  |                       |  |                     |  |               |  |

|                                               |  |                                                                                                            |  |                                             |  |                                |  |                           |  |                                         |  |
|-----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------------------|--|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / |  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |  | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |  | 46-Total Quantidade US<br>1400 |  | 47-Valor Total R\$<br>000 |  | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |  |
|-----------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|---------------------------|--|-----------------------------------------|--|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                      |  |                                                          |  |                                                                         |  |                                                                                                              |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / |  | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / |  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/05/20 x |  | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316746  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>26/05/2012 | 4-Data de Autorização<br>28/05/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7590553 | 7-Data Validade da Senha<br>24/08/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |  |                                |                                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--|--------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                        |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                 | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500082504 |  |                                |                                                          |                                     |                                       |
| 13-Nome<br>DAVI XAVIER DOS SANTOS            |  | 14-Telefone<br>12/11/2014      | 15-Nome do titular do plano<br>CARLOS ALBERTO DOS SANTOS |                                     |                                       |

|                                                    |                                                                   |                                                               |             |                                                                 |                              |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento    |                                                                   | 18-Número no CRO<br>9911                                      | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09                                           | 025 -<br>Faturar Empresa     |
| 16-Atendimento a RN<br>N                           | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 23-Número no CRO<br>9911                                      | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES                                                  | Enviar - RX<br>(1) 81000421- |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |             | 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                              |
|                                                    |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S                                                 |                              |

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           | 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 |
|-------------------------------------------------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 30-Tabela                                       | 31-Código do Procedimento |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 1-                                              | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 29/05/20              |                    |               |
| 2-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-                                              |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-                                             |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/05/20 x | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-98 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316857  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/05/2019 | 4-Data de Autorização<br>29/05/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7597222 | 7-Data Validade da Senha<br>24/08/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                |                                |                                          |  |                                                        |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                          |                                | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA |  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>0020252118550019002    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA |                                          |  |                                                        |                                       |
| 13-Nome<br>MARDENE MACHADO RODRIGUES DE AMORIM |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     |  | 15-Nome do titular do plano<br>CIDINEI ALVES DE AMORIM |                                       |

|                                                                 |                                                                   |                                                               |  |                          |                                                         |                          |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                   | 18-Número no CRO<br>9911                                      |  | 19-UF<br>MG              | 20-Código CBO S<br>09                                   | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RH<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 23-Número no CRO<br>9911                                      |  | 24-UF<br>MG              | 25-Código CNES<br>(I) 81000421-RIS<br>(II) 81000421-RII | Enviar - RX              |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911 |                                                         | 28-UF<br>MG              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                                                                   |                                                               |  | 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          | 0081000421                 | RX PERIAPICAL | RIS              | 1        | 1       | 14,00             | 0,00      | 0,00                             | S       | 01/06/20               |                     |                |
| 2          | 0081000421                 | RX PERIAPICAL | RII              | 1        | 1       | 14,00             | 0,00      | 0,00                             | S       | 01/06/20               |                     |                |
| 3          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 4          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 5          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 6          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 7          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 8          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 9          |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 10         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 11         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 12         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 13         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 14         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |
| 15         |                            |               |                  |          |         |                   |           |                                  |         |                        |                     |                |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>28,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>01/06/20 x | 53-Data, local e Assinatura do Contratado<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-2\*

318461  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>30/05/2012                           | 4-Data de Autorização<br>01/06/2012                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>7601945       | 7-Data Validade da Senha<br>28/08/2012                                                                               |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500072702                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                                                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 13-Nome<br>JOSIANE DE FREITAS BARBOSA VIEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                                                               | 15-Nome do titular do plano<br>DANIEL LUCAS VIEIRA SILVA |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 19-UF<br>MG                                              | 20-Código CBO S<br>09                       | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                                             |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 24-UF<br>MG                                              | 25-Código CNES                              | Enviar - RX<br>(I) 81000421- (I) 81000375-RPD<br>(I) 81000421- (I) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 28-UF<br>MG                                              | 29-Código CBO S                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                                                               | 33-Dente/Região                                          | 34-Face                                     | 35-Qtd                                                                                                               | 36-Quantidade US                                                        | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                                                                                    | 40-Data de Realização                   | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000421                                                        | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMDS                                                     |                                             | 1                                                                                                                    | 14,00                                                                   | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 02/06/20                                |                    |               |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000421                                                        | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMIE                                                     |                                             | 1                                                                                                                    | 14,00                                                                   | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 02/06/20                                |                    |               |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000375                                                        | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RMD                                                      |                                             | 1                                                                                                                    | 14,00                                                                   | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 02/06/20                                |                    |               |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000375                                                        | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RPD                                                      |                                             | 1                                                                                                                    | 14,00                                                                   | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 02/06/20                                |                    |               |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000375                                                        | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RPE                                                      |                                             | 1                                                                                                                    | 14,00                                                                   | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 02/06/20                                |                    |               |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 0081000375                                                        | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RME                                                      |                                             | 1                                                                                                                    | 14,00                                                                   | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 02/06/20                                |                    |               |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                          | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                                                                                                                      | 46-Total Quantidade US<br>84,00                                         |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                                                                           | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                                                      |                                                                         |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / |                                             |                                                                                                                      | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>02/06/2012 |          |                                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                         |                    |               |



318195  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/09/2015 | 4-Data de Autorização<br>01/10/2016 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7600296 | 7-Data Validade da Senha<br>21/09/2018 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                       |  |                                               |                                |                                          |                                     |                                       |
|-----------------------|--|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>000202521185500039503 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |  |                         |                                                                    |  |
|---------------------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|
| 13-Nome<br>MARIA EDUARDA SANTOS VASCONCELOS |  | 14-Telefone<br>(11) / / | 15-Nome do titular do plano<br>MARCIO DIEGO DE SOUZA LOSINA SANTOS |  |
|---------------------------------------------|--|-------------------------|--------------------------------------------------------------------|--|

|                                                 |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                               |                          |             |                                                  |                                               |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>(I) 81000421-<br>(J) 81000421- | Enviar - RX<br>(I) 81000421-<br>(J) 81000421- |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

|                                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMDS            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 02/10/2016            |                    |               |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMSE            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 02/10/2016            |                    |               |
| 3         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMIE            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 02/10/2016            |                    |               |
| 4         | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMID            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 02/10/2016            |                    |               |
| 5         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>56,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>02/10/2016 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A\*

318197  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/09/2015                           | 4-Data de Autorização<br>30/09/2015      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>7600864 | 7-Data Validade da Senha<br>27/10/2015                                                                                               |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 8-Número da Carteira<br>002025211185500043802                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                                                                                                      |
| 13-Nome<br>GLEICILENE DE JESUS DIAS AZEVEDO                     |                                                                   | 14-Telefone<br>12/09/1996                | 15-Nome do titular do plano<br>LUCAS BENIGNO FERNANDES AZEVEDO |                                       |                                                                                                                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                 | 19-UF<br>MG                                                    | 20-Código CBO S<br>09                 | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                                                             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                 | 24-UF<br>MG                                                    | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPD (I) 81000405<br>(I) 81000421- (I) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 27-Número no CRO<br>9911                                        |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 28-UF<br>MG                                                     |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 29-Código CBO S                                                 |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 30-Data de Realização                                           |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 31-Motivo da Glosa                                              |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 32-Assinatura                                                   |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 33-Data Previsão Término do Tratamento                          |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 34-Tipo de Atendimento                                          |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 35-Tipo de Faturamento                                          |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 36-Total Quantidade US                                          |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 37-Valor Total R\$                                              |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 38-Total Franquia / Co-participação R\$                         |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 39-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante   |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 40-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista               |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 41-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável       |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |
| 42-Data, local e Assinatura do Contratado                       |                                                                   |                                          |                                                                |                                       |                                                                                                                                      |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

319000  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/11/2016 | 4-Data de Autorização<br>10/21/2016 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7604797 | 7-Data Validade da Senha<br>13/01/2018 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |                                |                                          |                                                              |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500052002 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>LUIZA RODRIGUES BRITO             |                                | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>MARIA ALINE RODRIGUES PEREIRA |                                       |

|                                                                 |  |                                                                   |             |                          |             |                                    |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------|-------------|------------------------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento à RN<br>N                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |             | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09              | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     |             | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>(I) 81000421-RIS | Enviar - RX              |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911                                          | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S          |             |                                    |                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 03/10/2016            |                    |               |
| 2-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                                |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/31/2016, Maria | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318189  
INTERCÂMBIO

|                          |                                            |                                         |                       |                                       |                                           |
|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2/9/10 5/12/0 | 4-Data de Autorização<br>10/3/10 6/12/0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7600282 | 7-Data Validade da Senha<br>2/7/10 8/12/0 |
|--------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                   |                                |                                          |                                     |                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>1010202152111855010120705 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                             |                              |                                                         |
|---------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>MICHAEL GABRIEL DA SILVA BARBOSA | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>LEONARDO DE SENA BARBOSA |
|---------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                               |                          |             |                |                              |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(1) 81000421- |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|------------------------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000421                | RX PERIAPICAL | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/10/20              |                    |               |
| 2-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                           |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/10/20 x / | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318192  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>2/9/10 5/12/0                        | 4-Data de Autorização<br>03/10 6/12/0             | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                           | 6-Número da Guia Principal<br>7600291                     | 7-Data Validade da Senha<br>2/7/10 8/12/0        |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 8-Número da Carteira<br>000202521185500021303                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                     |                                                  |
| 13-Nome<br>BEATRIZ GONZAGA TEIXEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) - - - - -                      | 15-Nome do titular do plano<br>RENATO FERNANDO TEIXEIRA DA CRUZ |                                                           |                                                  |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                          | 19-UF<br>MG                                                     | 20-Código CBO S<br>09                                     | 025 -<br>Faturar Empresa                         |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                          | 24-UF<br>MG                                                     | 25-Código CNES                                            | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (J) 81000375-RME |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                          | 28-UF<br>MG                                                     | 29-Código CBO S                                           | (I) 81000375-RPD<br>(J) 81000375-RPE             |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                      | 33-Dente/Região                                                 | 34-Face                                                   | 35-Qtd                                           |
| 1-0081000375                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | RX INTERPROXIMAL - BITE-                          | RMD                                                             | 1                                                         | 1400                                             |
| 2-0081000375                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | RX INTERPROXIMAL - BITE-                          | RPD                                                             | 1                                                         | 1400                                             |
| 3-0081000375                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | RX INTERPROXIMAL - BITE-                          | RPE                                                             | 1                                                         | 1400                                             |
| 4-0081000375                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | RX INTERPROXIMAL - BITE-                          | RME                                                             | 1                                                         | 1400                                             |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 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<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 46-Total Quantidade US                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 47-Valor Total R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                   |                                                                 |                                                           |                                                  |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista |                                                                 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                   |                                                                 | 03/10 6/12/0                                              |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                   |                                                                 | CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA                                   |                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                   |                                                                 | CNPJ 05.572.691/0001-93                                   |                                                  |

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



318778  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/06/2012 | 4-Data de Autorização<br>02/06/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7603628 | 7-Data Validade da Senha<br>30/08/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                               |                            |                                |                                                |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                         |                            | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA       | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>002025211185500039201 | 13-Nome<br>JEFFERSON SILVA | 14-Teléfono<br>15/12/1986      | 15-Nome do titular do plano<br>JEFFERSON SILVA |                                     |                                       |

|                                                                 |                                                                   |                          |             |                       |                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNEB        | Enviar - RX<br>(1) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S       |                             |

| 30-Tabeta | 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 Glor | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1         | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 03/06/2012            |                   | XEPib         |
| 2         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 3         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 4         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                   |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

|                                                                      |                                                          |                                                                               |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>03/06/2012 XEPib | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



319022  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>01/10/2016 | 4-Data de Autorização<br>02/10/2016 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7605004 | 7-Data Validade da Senha<br>30/10/2016 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                 |  |                                                |  |                                                     |                                          |                                     |                                       |
|---------------------------------|--|------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário           |  | 8-Número da Carteira<br>0020252118550000014011 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                      | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>FABIO RINGUIER ALVES |  | 14-Telefone<br>( ) - /                         |  | 15-Nome do Titular do plano<br>FABIO RINGUIER ALVES |                                          |                                     |                                       |

|                                                 |  |                          |  |                                                                   |  |                          |             |                       |                          |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 16-Atendimento a RN<br>N |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |  | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                                 |  |                                                               |  |                          |                                                       |                 |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG                                           | 25-Código CNE S | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RME (II) 81000375-RMD |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911                                      |  | 28-UF<br>MG              | 29-Código CBO S<br>(I) 81000375-RPE (II) 81000375-RPD |                 |                                                   |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glor. 22 Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             | 1       | 14     | 00               | 0,00     |                                 |        | 04/10/2016            |                                  |
| 2         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             | 1       | 14     | 00               | 0,00     |                                 |        | 04/10/2016            |                                  |
| 3         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             | 1       | 14     | 00               | 0,00     |                                 |        | 04/10/2016            |                                  |
| 4         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             | 1       | 14     | 00               | 0,00     |                                 |        | 04/10/2016            |                                  |
| 5         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>5600 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

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

|                                                                      |                                                          |                                                                       |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável<br>04/10/2016 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

320361  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                       |                                                                                              |                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/06/20                                                                      | 4-Data de Autorização<br>05/06/20                                     | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                                        | 6-Número da Guia Principal<br>7612789 | 7-Data Validade da Senha<br>02/09/20    |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |                                                                       |                                                                                              |                                       |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500070801                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                             | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                              | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>DANIEL DE SOUZA PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            | 14-Telefone<br>15/04/1981                                             | 15-Nome do titular do plano<br>DANIEL DE SOUZA PEREIRA                                       |                                       |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                       |                                                                                              |                                       |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME                                          | 18-Número no CRO<br>9911                                              | 19-UF<br>MG                                                                                  | 20-Código CBO S<br>09                 | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                              | 23-Número no CRO<br>9911                                              | 24-UF<br>MG                                                                                  | 25-Código CNES<br>(I) 81000405        | Enviar - RX                             |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            | 27-Número no CRO<br>9911                                              | 28-UF<br>MG                                                                                  | 29-Código CBO S                       |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                       |                                                                                              |                                       |                                         |
| 30-Tabela<br>1-0081000405                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento<br>RADIOGRAFIA PANORÂMICA                                                        | 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<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                           | 46-Total Quantidade US<br>78,00                                                              | 47-Valor Total R\$<br>0,00            | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                                                            |                                                                       |                                                                                              |                                       |                                         |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                       |                                                                                              |                                       |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                          | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/06/20 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                       |                                         |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320367  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/04/2016                           | 4-Data de Autorização<br>10/05/2016                                                                     | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>7612813       | 7-Data Validade da Senha<br>10/02/2019 |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>0002025211185500070802                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                                                | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 13-Nome<br>FABIANA APARECIDA DO CARMO SILVA PEREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) - /                                                                                  | 15-Nome do titular do plano<br>DANIEL DE SOUZA PEREIRA   |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 16-Alimentação a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                                                                | 19-UF<br>MG                                              | 20-Código CBO S<br>09                       | 025 -<br>Faturar Empresa               |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>511249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                           | 23-Número no CRO<br>9911                                 | 24-UF<br>MG                                 | 25-Código CNES                         |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                                                                | 28-UF<br>MG                                              | 29-Código CBO S                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                                                            | 33-Dente/Região                                          | 34-Face                                     | 35-Qtd                                 | 36-Quantidade US                                                              | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                                                                                    | 40-Data de Realização                   | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1-0081000294                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | LEVANTAMENTO                                                                                            |                                                          |                                             | 1                                      | 22200                                                                         | 0000     |                                 |                                                                                           | 05/06/20                                |                    | Fabiana       |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência |                                                          | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                                        | 46-Total Quantidade US<br>22200                                               |          | 47-Valor Total R\$<br>0000      |                                                                                           | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                         |                                                          |                                             |                                        |                                                                               |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                         | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / |                                             |                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>05/06/20 Fabiana |          |                                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                         |                    |               |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320316  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/04/2016 | 4-Data de Autorização<br>10/05/2016 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7612467 | 7-Data Validade da Senha<br>10/02/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                |                                |                                          |                                     |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0002025211855000494011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                               |                              |                                                                   |
|-----------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>PHILIPPE CESAR DE SOUZA FIGUEIREDO | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>PHILIPPE CESAR DE SOUZA FIGUEIREDO |
|-----------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                                 |                                                               |                          |                 |                |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG              | 29-Código CBO S |                |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 22200            | 0000     |                                 | S      | 05/06/2016            |                    |               |
| 2         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>22200 | 47-Valor Total R\$<br>0000 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/05/2016 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/05/2016 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>04/06/20                                                                      | 4-Data de Autorização<br>05/06/20                             | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                 | 6-Número da Guia Principal<br>7613403                                              | 7-Data Validade da Senha<br>02/09/20              |
| 8-Número da Carteira<br>0020252118550008403                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                            | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA              | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde             |
| 13-Nome<br>CLARA REIS OLIVEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            | 14-Telefone<br>( ) -                                          | 15-Nome do titular do plano<br>ELMO VANDO DE OLIVEIRA |                                                                                    |                                                   |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            | 18-Número no CRO<br>9911                                      | 19-UF<br>MG                                           | 20-Código CBO S<br>09                                                              | 025 -<br>Faturar Empresa                          |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911                              | 24-UF<br>MG                                                                        | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421-RIS |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG                                           | 29-Código CBO S                                                                    |                                                   |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 30-Tabeta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 31-Código do Procedimento                                                                                  | 32-Descrição                                                  | 33-Dente/Região                                       | 34-Face                                                                            | 35-Old                                            |
| 1-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                            | RX PERIAPICAL                                                 | RIS                                                   |                                                                                    | 1                                                 |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 36-Quantidade US                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 37-Valor                                                                                                   | 38-Franquia/Co-participação R\$                               | 39-Aut                                                | 40-Data de Realização                                                              | 41-Motivo da Glosa                                |
| 1400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 000                                                                                                        | 000                                                           |                                                       | 06/06/20                                                                           |                                                   |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                   | 46-Total Quantidade US<br>1400                        | 47-Valor Total R\$<br>000                                                          | 48-Total Franquia / Co-participação R\$           |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                            |                                                               |                                                       |                                                                                    |                                                   |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /      |                                                       | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>06/06/20 x Elmo Vando |                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                                               |                                                       | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ /                                      |                                                   |

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



319913  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                                   |                                        |                                                     |                                                        |                                                |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/3/2016/201                        | 4-Data de Autorização<br>10/4/2016/201 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>7610275                  | 7-Data Validade da Senha<br>10/1/2019/201      |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500115701                    |                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA         | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA            | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde          |
| 13-Nome<br>FERNANDO ALVES MARTINS                               |                                                                   | 14-Telefone<br>30/01/1984              | 15-Nome do Mular do plano<br>FERNANDO ALVES MARTINS |                                                        |                                                |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                   |                                        |                                                     |                                                        |                                                |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911               | 19-UF<br>MG                                         | 20-Código CBO S<br>09                                  | 025 -<br>Faturar Empresa                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911               | 24-UF<br>MG                                         | 25-Código CNES                                         | Enviar - RX<br>(I) 81000421- (II) 81000375-RPE |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911                                          | 28-UF<br>MG                            | 29-Código CBO S                                     | (I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD |                                                |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000421                  | RX PERIAPICAL            | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/20              |                    |               |
| 2-00      | 81000421                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/20              |                    |               |
| 3-00      | 81000421                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/20              |                    |               |
| 4-00      | 81000421                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/20              |                    |               |
| 5-00      | 81000421                  | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/20              |                    |               |
| 6-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>70,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

|                                                                      |                                                          |                                                                       |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/06/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



321091  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                 |                                             |                       |                                       |                                              |
|--------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/5/11 06/11/2011 | 4-Data de Autorização<br>10/8/11 06/11/2011 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7616716 | 7-Data Validade da Senha<br>03/10/99 11/2011 |
|--------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|

|                                                                 |  |                                |                                                       |                                              |                                       |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 5 5 6 0 2 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA              | 11-Data Validade da Carteira<br>_/_/__/__/_/ | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>VAL FERRARI ANIA FEN FERNANDES E PEREIRA             |  | 14-Telefone<br>(11) 11111111   | 15-Nome do titular do plano<br>MADSON FERRARI PEREIRA |                                              |                                       |

|                                                                 |  |                                                                   |  |                          |  |                 |  |                       |  |                                                                                                                         |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|-----------------|--|-----------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |  | 18-Número no CRO<br>9911 |  | 19-UF<br>MG     |  | 20-Código CBO S<br>09 |  | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                                                |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>151249235634             |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     |  | 23-Número no CRO<br>9911 |  | 24-UF<br>MG     |  | 25-Código CNES        |  | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD (I) 81000421-<br>(I) 81000375-RPE (I) 81000421-RIS |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911                                          |  | 28-UF<br>MG              |  | 29-Código CBO S |  |                       |  |                                                                                                                         |  |

[illegible]

|                                        |                                                                                                               |                                             |                        |                    |                                         |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1.Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| 11/11/11                               |                                                                                                               | 1-Total 2-Parcial                           | 84100                  | 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores cobrados pelo plano de saúde.

49-Observação

|                                                               |                                                   |                                                         |                                                |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável | 53-Data, local e Assinatura do Médico Dentista |
|                                                               |                                                   | 08/06/2019 [assinatura]                                 | [assinatura] CLINICA ODONTOLOGIA LTDA          |

SEMEDIODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.12

321189  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/05/2016                           | 4-Data de Autorização<br>10/08/2016                           | 5-Senha<br>AUTORIZADO                          | 6-Número da Guia Principal<br>7617266                                 | 7-Data Validade da Senha<br>10/03/2019                          |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 8-Número da Carteira<br>000202521185500053602                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                      | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /            | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                 |                                                                 |
| 13-Nome<br>ALINE DE SOUZA FERREIRA DE ELIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | 14-Telefone<br>07/05/1979                                     | 15-Nome do titular do plano<br>ROMULO DE ELIAS |                                                                       |                                                                 |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |                                                               | 18-Número no CRO<br>9911                       | 19-UF<br>MG                                                           | 20-Código CBO S<br>09                                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911                       | 24-UF<br>MG                                                           | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421-<br>(I) 81000421- |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG                                    | 29-Código CBO S                                                       |                                                                 |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                  | 33-Dente/Região                                | 34-Face                                                               | 35-Qtd                                                          |
| 1-00181000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX PERIAPICAL                                                     | RPSD                                                          | 1                                              | 1                                                                     | 1                                                               |
| 2-00181000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX PERIAPICAL                                                     | RMSD                                                          | 1                                              | 1                                                                     | 1                                                               |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 46-Total Quantidade US<br>12800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /      |                                                | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>08/06/2016 |                                                                 |
| 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ: 05.672.691/0001-93                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                               |                                                |                                                                       |                                                                 |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321147  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/06/2010 | 4-Data de Autorização<br>08/06/2010                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                  | 6-Número da Guia Principal<br>7616952                                                                            | 7-Data Validade da Senha<br>03/09/2011                                                                                   |
| 8-Número da Carteira<br>002022521185500204202                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                             | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA               | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                                                              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                                                                    |
| 13-Nome<br>MARIA APARECIDA DE FREITAS GOMES PACHECO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         | 14-Telefone<br>26/02/1992                                                                                  | 15-Nome do titular do plano<br>EDNILSON PACHECO VIEIRA |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME                                          | 18-Número na CRO<br>9911                               | 19-UF<br>MG                                                                                                      | 20-Código CBO S<br>09                                                                                                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>511249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                              | 23-Número na CRO<br>9911                               | 24-UF<br>MG                                                                                                      | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421- (I) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         | 27-Número na CRO<br>9911                                                                                   | 28-UF<br>MG                                            | 29-Código CBO S                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 31-Código do Procedimento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 32-Descrição                            | 33-Dente/Região                                                                                            | 34-Face                                                | 35-Qtd                                                                                                           | 36-Quantidade US                                                                                                         |
| 1-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX PERIAPICAL                           | RPSD                                                                                                       | 1                                                      | 1                                                                                                                | 14,00                                                                                                                    |
| 2-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX INTERPROXIMAL - BITE-                | RMD                                                                                                        | 1                                                      | 1                                                                                                                | 14,00                                                                                                                    |
| 3-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX INTERPROXIMAL - BITE-                | RPD                                                                                                        | 1                                                      | 1                                                                                                                | 14,00                                                                                                                    |
| 4-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX INTERPROXIMAL - BITE-                | RPE                                                                                                        | 1                                                      | 1                                                                                                                | 14,00                                                                                                                    |
| 5-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX INTERPROXIMAL - BITE-                | RME                                                                                                        | 1                                                      | 1                                                                                                                | 14,00                                                                                                                    |
| 6-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 7-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 8-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 9-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 10-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 11-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 12-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 13-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 14-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 15-00081000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                        | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                      |                                                                                                                          |
| 46-Total Quantidade US<br>70,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         | 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                 |                                                        | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00                                                                  |                                                                                                                          |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                                            |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /                                                   |                                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/06/2010 Maria Aparecida de Freitas Gomes Pacheco |                                                                                                                          |
| 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         | CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.572.691/0001-93                                                         |                                                        |                                                                                                                  |                                                                                                                          |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

316830  
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 21/05/2010 4-Data de Autorização 29/05/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7597189 7-Data Validade da Senha 24/08/2010

8-Dados do Beneficiário 00202521185500039502 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 POLLYANA SANTOS DE VASCONCELOS 14-Telefone 03/12/1987 15-Nome do titular do plano MARCIO DIEGO DE SOUZA LOSINA SANTOS

16-Alcance a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME 18-Número no CRO 9911 19-UF MG 20-Código CBO 09 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634 22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS 23-Número no CRO 9911 24-UF MG 25-Código CBO 09 26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS 27-Número no CRO 9911 28-UF MG 29-Código CBO 09 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Ord | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Recusa |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|
| 1         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RCSD            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/2010            |                     |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/2010            |                     |
| 3         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RCSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/2010            |                     |
| 4         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RCIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/2010            |                     |
| 5         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RJI             |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/2010            |                     |
| 6         | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 08/06/2010            |                     |
| 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 148,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321919  
INTERCAMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/08/2016 | 4-Data de Autorização<br>11/09/2016 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7621205 | 7-Data Validade da Senha<br>10/06/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

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

|                                      |                      |                                                     |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>SONARIA APARECIDA RIBEIRO | 14-Telefone<br>( ) - | 15-Nome do titular do plano<br>DANILO LEITE MIRANDA |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|

|                                                     |                                                                   |                          |             |                       |                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                            | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>511249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(f) 81000405 |

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 01081000405               | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/06/20              |                    | Sonaria       |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                                           |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/06/2016 X Sonaria Ribeiro | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321915  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/06/2019 | 4-Data de Autorização<br>09/06/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7621190 | 7-Data Validade da Senha<br>06/09/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                               |                                |                                          |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002021521185500107001 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                 |                              |                                                     |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>DANILO LEITE MIRANDA | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>DANILO LEITE MIRANDA |
|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                          |                                                                   |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|

|                                                    |                                                               |                          |             |                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

025 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(1) 81000405

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-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |         | 10/06/2019            |                    | x/luke        |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                                |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/06/2019 x/luke | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º

321241  
INTERCÂMBIO

|                          |                                            |                                        |                       |                                       |                                           |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>05/10/16/12/0 | 4-Data de Autorização<br>08/10/16/12/0 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7617633 | 7-Data Validade da Senha<br>03/10/19/12/0 |
|--------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                   |                                |                                                  |                                     |                                       |
|---------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025211185500030002     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>GRAZIELLY CRISTINA SILVA DO NASCIMENTO | 14-Telefone<br>31/10/1989      | 15-Nome do titular do plano<br>LUIS OTAVIO GOMES |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                   |                          |                 |                       |                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(1) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911                                          | 28-UF<br>MG              | 29-Código CBO S |                       |                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 010811010104015           | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78100            | 0,00     |                                 | S      | 10/10/20              |                    |               |
| 2         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78100 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

|                                                                      |                                                          |                                                                                                      |                                                               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/10/2019 x Grazielly C. do Nascimento | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321360  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/06/2019 | 4-Data de Autorização<br>10/06/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7618372 | 7-Data Validade da Senha<br>10/09/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                               |                                |                                          |                                          |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>100202521185500051901 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                         |                               |                                     |                          |                                                                   |                          |             |                       |                                                     |                                                               |                          |             |                              |                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 13-Nome<br>FABRICIO DE CARVALHO MIRANDA | 14-Telefone<br>(11) 1111-1111 | 15-Data de Realização<br>28/03/1979 | 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>151249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>1181000421 | 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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         | 10081000421               | RX PERIAPICAL | RMIE            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 10/06/2019            |                    |               |
| 2         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

|                                                                             |                                                                 |                                                                         |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/06/2019 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/06/2019 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/06/2019 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>11/06/2019 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93

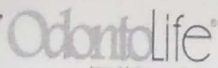


## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

321378  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>06/10/2016                                                                    | 4-Data de Autorização<br>09/06/2016                                     | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                                                     | 6-Número da Guia Principal<br>7618473 | 7-Data Validade da Senha<br>04/09/2016  |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 8-Número da Carteira<br>002025211855001087011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                                                             | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                         |
| 13-Nome<br>CLAUDIO MOURA FERREIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                            | 14-Telefone<br>11/07/1983                                               | 15-Nome do Mular do plano<br>CLAUDIO MOURA FERREIRA                                       |                                       |                                         |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME                                          | 18-Número no CRO<br>9911                                                | 19-UF<br>MG                                                                               | 20-Código CBO S<br>09                 | 025 -<br>Faturar Empresa                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                              | 23-Número no CRO<br>9911                                                | 24-UF<br>MG                                                                               | 25-Código CNES<br>(I) 81000421-RIS    | Enviar - RX<br>(I) 81000421-RIS         |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 27-Número no CRO<br>9911                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 28-UF<br>MG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 29-Código CBO S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                                                                  | 32-Descrição                                                            | 33-Dente/Região                                                                           | 34-Face                               | 35-Qtd                                  |
| 1-00810004211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX PERIAPICAL                                                                                              | RIS                                                                     | 1                                                                                         | 1                                     | 1                                       |
| 2-00810004211                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RX PERIAPICAL                                                                                              | RII                                                                     | 1                                                                                         | 1                                     | 1                                       |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                             | 46-Total Quantidade US<br>2800                                                            | 47-Valor Total R\$<br>000             | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                         |                                                                                           |                                       |                                         |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /                                                   | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>10/06/2016 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                       |                                         |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-11

321948  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/08/2016 | 4-Data de Autorização<br>11/09/2016 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7621396 | 7-Data Validade da Senha<br>10/08/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                                |                                |                                          |                                            |                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>1002025211185500027301 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/09/2016 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                     |                               |                                                         |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>REGINALDO JULIO DA SILVA | 14-Telefone<br>(11) 1111-1111 | 15-Nome do titular do plano<br>REGINALDO JULIO DA SILVA |
|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------------------------|

|                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                               |                          |             |                |                                               |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(I) 81000421- (I) 81000375-RPE |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|-----------------------------------------------|

|                                                                 |                          |             |                 |                                   |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S | (I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|-----------------------------------|

| 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         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMIE            | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 11/09/2016            |                    |               |
| 2         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 11/09/2016            |                    |               |
| 3         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 11/09/2016            |                    |               |
| 4         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 11/09/2016            |                    |               |
| 5         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 11/09/2016            |                    |               |
| 6         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                      |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/09/2016 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>70,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                             |                                                                 |                                                                         |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/09/2016 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/09/2016 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/09/2016 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>11/09/2016 |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

322573  
INTERCÂMBIO

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro AHS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/09/16 | 4-Data de Autorização<br>10/06/12 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7625123 | 7-Data Validade da Senha<br>10/09/12 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                               |  |                                |                                          |                                          |                                       |
|-----------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário                         |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 8-Número da Carteira<br>100202521185500207501 |  |                                |                                          |                                          |                                       |

|                                        |  |                           |                                                            |
|----------------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA |  | 14-Telefone<br>18/11/1985 | 15-Nome do titular do plano<br>LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA |
|----------------------------------------|--|---------------------------|------------------------------------------------------------|

|                                                 |  |                                                                   |             |                       |                          |
|-------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 16-Número no CRO<br>9911                                          | 18-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 16-Atendimento a RN<br>N                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |             |                       |                          |

|                                                    |  |                                                               |  |                          |             |                                                |
|----------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES<br>Enviar - RX<br>(1) 81000421- |
|----------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|------------------------------------------------|

|                                                                 |  |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------|-----------------|

| 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 | 32-Descrição    |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 1                                               | 0081000421                | RX PERIAPICAL   | RMID    | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 12/06/20              |                    |               |
| 2                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9                                               |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10                                              |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11                                              |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12                                              |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13                                              |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14                                              |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15                                              |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

|                                                                           |                                                               |                                                                                     |                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/11 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>12/06/20 Lucas Louzada | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>11/11/11 CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

323134  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/10/16                             | 4-Data de Autorização<br>12/10/16                                                                          | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>7628001       | 7-Data Validade da Senha<br>08/10/19                                                    |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500114701                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                                                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 13-Nome<br>ISAIAS FELIPE SIQUEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) - / -                                                                                   | 15-Nome do titular do plano<br>ISAIAS FELIPE SIQUEIRA    |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 19-UF<br>MG                                              | 20-Código CBO S<br>09                       | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 24-UF<br>MG                                              | 25-Código CNES                              | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (II) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD (II) 81000375-RPE |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 27-Número no CRO<br>9911                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 28-UF<br>MG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 29-Código CBO S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 30-Tabella                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                                                               | 33-Dente/Região                                          | 34-Face                                     | 35-Ctd                                                                                  | 36-Quantidade US                                                                | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                                                                                       | 40-Data de Realização                   | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 008100375                                                         | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RMD                                                      |                                             | 1                                                                                       | 14,00                                                                           | 0,00     |                                 |                                                                                              | 15/10/16                                |                    |               |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 008100375                                                         | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RPD                                                      |                                             | 1                                                                                       | 14,00                                                                           | 0,00     |                                 |                                                                                              | 15/10/16                                |                    |               |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 008100375                                                         | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RPE                                                      |                                             | 1                                                                                       | 14,00                                                                           | 0,00     |                                 |                                                                                              | 15/10/16                                |                    |               |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 008100375                                                         | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RME                                                      |                                             | 1                                                                                       | 14,00                                                                           | 0,00     |                                 |                                                                                              | 15/10/16                                |                    |               |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                          | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                                                                                         | 46-Total Quantidade US<br>56,00                                                 |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                                                                              | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fôforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                                         |                                                                                 |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / |                                             |                                                                                         | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>15/10/16 xgrans RS |          |                                 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                         |                    |               |

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

322950  
INTERCAMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/06/2019 | 4-Data de Autorização<br>15/06/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7627026 | 7-Data Validade da Senha<br>10/06/2019 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                              |                                |                                          |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500014803 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                     |                              |                                                            |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>ARTHUR MARQUES VALADARES | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>CLAUDINEI VALADARES BARBOSA |
|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                 |                                                                   |                          |                 |                       |                             |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(1) 81000405 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911                                          | 28-UF<br>MG              | 29-Código CBO S |                       |                             |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Old | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 16/06/20              |                    |               |
| 2-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>78,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                           |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/06/2019 x | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321692  
INTERCÂMBIO

|                                                                 |                                                                   |                                          |                                                                  |                                       |                                        |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/2016                           | 4-Data de Autorização<br>16/10/2016      | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                            | 6-Número da Guia Principal<br>7620052 | 7-Data Validade da Senha<br>06/10/2016 |
| Dados do Beneficiário                                           |                                                                   |                                          |                                                                  |                                       |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500073103                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                        |
| 13-Nome<br>GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA                           |                                                                   | 14-Telefone<br>( ) -                     | 15-Nome do titular do plano<br>JEFFERSON RODRIGO DE SOUZA SANTOS |                                       |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                 |                                                                   |                                          |                                                                  |                                       |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                 | 19-UF<br>MG                                                      | 20-Código CBO S<br>09                 | 025 -<br>Faturar Empresa               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                 | 24-UF<br>MG                                                      | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>(1) 81000421-           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911                                          | 28-UF<br>MG                              | 29-Código CBO S                                                  |                                       |                                        |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição  | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 008100421                 | RX PERIAPICAL | RMID            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/10/2016            |                    |               |
| 2         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |               |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                      |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>14,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/10/2016 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

324263  
INTERCÂMBIO

|                                                                   |                                       |                                   |                                                               |                                                        |                                      |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                          | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/16 | 4-Data de Autorização<br>16/10/16 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                         | 6-Número da Guia Principal<br>7633028                  | 7-Data Validade da Senha<br>13/10/19 |
| 8-Número da Carteira<br>0002025211855002042011                    |                                       |                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA               | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 13-Nome<br>EDNILSON PACHECO VIEIRA                                |                                       |                                   | 14-Telefone<br>(11) -                                         | 15-Nome do titular do plano<br>EDNILSON PACHECO VIEIRA |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                          |                                       |                                   |                                                               |                                                        |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |                                       |                                   | 18-Número no CRO<br>9911                                      | 19-UF<br>MG                                            | 20-Código CBO S<br>09                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                |                                       |                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911                               | 24-UF<br>MG                          |
| 25-Código CNES                                                    |                                       |                                   | 26-Código CBO S                                               | 27-Valor Total R\$                                     |                                      |
| 28-Valor Total R\$                                                |                                       |                                   | 29-Valor Total R\$                                            | 30-Valor Total R\$                                     |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS   |                                       |                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG                                            | 29-Código CBO S                      |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RMIE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 16/10/16              |                    |               |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL            | RIS             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 16/10/16              |                    |               |
| 3         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 16/10/16              |                    |               |
| 4         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 16/10/16              |                    |               |
| 5         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 16/10/16              |                    |               |
| 6         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             |         | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            |        | 16/10/16              |                    |               |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>84,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                                  |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/10/16 X Ednilson | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

324010  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2016                           | 4-Data de Autorização<br>16/10/2016                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                      | 6-Número da Guia Principal<br>7631897       | 7-Data Validade da Senha<br>13/10/2019                                                                 |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>002025211855002075011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                                                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                        | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 13-Nome<br>LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   | 14-Telefone<br>18/11/1985                                                                                  | 15-Nome do titular do plano<br>LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 19-UF<br>MG                                                | 20-Código CBO S<br>09                       | 025 -<br>Faturar Empresa                                                                               |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 24-UF<br>MG                                                | 25-Código CNES                              | Enviar - RX<br>(I) 81000421- (J) 81000375-RPE<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 28-UF<br>MG                                                | 29-Código CBO S                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                                                               | 33-Dente/Região                                            | 34-Face                                     | 35-Qtd                                                                                                 | 36-Quantidade US                                                                   | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                                                                                       | 40-Data de Realização                   | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000421                                                       | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMDS                                                       |                                             | 1                                                                                                      | 14,00                                                                              | 0,00     |                                 | S                                                                                            | 16/06/20                                |                    | x/luas bar    |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000375                                                       | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RMD                                                        |                                             | 1                                                                                                      | 14,00                                                                              | 0,00     |                                 | S                                                                                            | 16/06/20                                |                    | x/luas bar    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000375                                                       | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RPD                                                        |                                             | 1                                                                                                      | 14,00                                                                              | 0,00     |                                 | S                                                                                            | 16/06/20                                |                    | x/luas bar    |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000375                                                       | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RPE                                                        |                                             | 1                                                                                                      | 14,00                                                                              | 0,00     |                                 | S                                                                                            | 16/06/20                                |                    | x/luas bar    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000375                                                       | RX INTERPROXIMAL - BITE-                                                                                   | RME                                                        |                                             | 1                                                                                                      | 14,00                                                                              | 0,00     |                                 | S                                                                                            | 16/06/20                                |                    | x/luas bar    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                            | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                                                                                                        | 46-Total Quantidade US<br>70,00                                                    |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                                                                              | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                            |                                                            |                                             |                                                                                                        |                                                                                    |          |                                 |                                                                                              |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /   |                                             |                                                                                                        | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>16/06/2020 x/luas bar |          |                                 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                         |                    |               |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

324088  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/06/2011 | 4-Data de Autorização<br>11/06/2011 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7632224 | 7-Data Validade da Senha<br>11/09/2011 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                                               |                                |                                                           |                                     |                                       |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025211855001889011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>RAFAEL DE OLIVEIRA FREITAS         | 14-Telefone<br>( ) - - - - -   | 15-Nome do titular do plano<br>RAFAEL DE OLIVEIRA FREITAS |                                     |                                       |

|                                                                 |  |                                                                   |  |                          |                 |                       |                          |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |  | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634              |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     |  | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        |                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911                                          |  | 28-UF<br>MG              | 29-Código CBO S |                       |                          |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 22200            | 0,00     |                                 | S      | 11/06/2011            |                    |               |
| 2         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>22200 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/06/2011 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ: 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

325583  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/06/2019 | 4-Data de Autorização<br>11/06/2019                                               | 5-Senha<br>AUTORIZADO                 | 6-Número da Guia Principal<br>7639804                              | 7-Data Validade da Senha<br>11/09/2019     |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                                                                   | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                                    |                                            |
| 8-Número da Carteira<br>000202521185500122602                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                           | 11-Data Validade da Carteira<br>11/06/2019 |
| 13-Nome<br>NILDINHA FERREIRA DA SILVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         |                                                                                   | 14-Telefone<br>(11) 11111111          | 15-Nome do titular do plano<br>JEFFERSON RODRIGUES SANTANA PEREIRA |                                            |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 16-Alendimento a RVN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME                 |                                       | 18-Número no CRO<br>9911                                           | 19-UF<br>MG                                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                     |                                       | 23-Número no CRO<br>9911                                           | 24-UF<br>MG                                |
| 25-Código CNES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         | 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                   |                                       | 27-Número no CRO<br>9911                                           | 28-UF<br>MG                                |
| 29-Código CBO S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         | 30-Valor                                                                          |                                       | 31-Franquia/Co-participação R\$                                    |                                            |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 32-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 33-Código do Procedimento               | 34-Descrição                                                                      | 35-Dente/Região                       | 36-Face                                                            | 37-Qtd                                     |
| 1-00181000294                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | LEVANTAMENTO                            |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         | 44-Tipo de Atendimento                                                            |                                       | 45-Tipo de Faturamento                                             |                                            |
| 11/06/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia 4-Urgência/Emergência |                                       | 1-Total 2-Parcial                                                  |                                            |
| 46-Total Quantidade US                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                         | 47-Valor Total R\$                                                                |                                       | 48-Total Franquia / Co-participação R\$                            |                                            |
| 22200                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                         | 10,00                                                                             |                                       | 0,00                                                               |                                            |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                                   |                                       |                                                                    |                                            |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável                         |                                       | 52-Data, local e Assinatura da Empresa                             |                                            |
| 11/06/2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         | 11/06/2019                                                                        |                                       | 11/06/2019                                                         |                                            |
| CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         | CNPJ 05.672.691/0001-93                                                           |                                       |                                                                    |                                            |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14\*

324945  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/10/2016 4-Data de Autorização 17/10/2016 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7636502 7-Data Validade da Senha 14/09/2016

8-Número da Carteira 00202521185500035604 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA CRISTINA MOURA OLIVEIRA 21/12/1999 14-Telefone (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano JUNIO HILARIO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME 18-Número no CRO 9911 19-UF MG 20-Código CBO S 09 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 51249235634 22-Nome do Contratado Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS 23-Número no CRO 9911 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante EUGENIA DE LOURDES CAMPOS 27-Número no CRO 9911 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         | 0081000405                | RADIOGRAFIA PANORÂMICA |                 |         | 1      | 78,00            | 0,00     |                                 |        | 18/05/20              |                    |               |
| 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 78,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA CNPJ 05.672.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

324708  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/06/2012                           | 4-Data de Autorização<br>11/06/2012                           | 5-Serinha<br>AUTORIZADO                                          | 6-Número da Guia Principal<br>7635543                     | 7-Data Validade da Serinha<br>11/06/2012 |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500036502                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde    |
| 13-Nome<br>ANDREA DA CONCEICAO CANDEIA OLIVEIRA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | 14-Telefone<br>10/12/1987                                     | 15-Nome do titular do plano<br>ANTONIO SERGIO GONCALVES DE JESUS |                                                           |                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |                                                               | 18-Número no CRO<br>9911                                         | 19-UF<br>MG                                               | 20-Código CBO S<br>09                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911                                         | 24-UF<br>MG                                               | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG                                                      | 29-Código CBO S                                           |                                          |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                  | 33-Dente/Região                                                  | 34-Face                                                   | 35-Qtd                                   |
| 1-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 0081000294                                                        | LEVANTAMENTO                                                  |                                                                  |                                                           | 1                                        |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 2                                        |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 2                                        |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           | 0                                        |
| 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\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista             |                                                                  | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável |                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   |                                                               |                                                                  | 11/06/2012 x Andressa da Silva                            |                                          |
| 53-Data, local e Assinatura do Profissional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |
| CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                               |                                                                  |                                                           |                                          |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-A\*

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |                       |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>16/06/2019 | 4-Data de Autorização<br>19/06/2019 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7636940 | 7-Data Validade da Senha<br>14/09/2019 | 325070<br>INTERCÂMBIO |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------|

|                                            |                                |                                          |                                     |                                       |
|--------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>002025211850001302 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                              |                                            |                                                        |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>THAIS FERNANDA MOURA DINIZ AGUIAR | 14-Telefone<br>23/03/1995<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>CLAUDINEY FRANCA AGUIAR |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------|

|                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                               |                          |             |                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000294                | LEVANTAMENTO |                 |         | 1      | 22200            | 0,00     |                                 | S      | 22/06/2019            |                    | Thais         |
| 2         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |              |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>22200 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

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

|                                                                      |                                                          |                                                                                           |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/06/2019 Thais F. M. Diniz | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

324425  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>15/10/2012                           | 4-Data de Autorização<br>18/10/2012                           | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                     | 6-Número da Guia Principal<br>7633924 | 7-Data Validade da Senha<br>13/10/2012                                       |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500159405                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                      | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                                              |
| 13-Nome<br>ENZO GABRIEL RODRIGUES MATOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   | 14-Telefone<br>(31) 2107-2833                                 | 15-Nome do titular do plano<br>MIRIAN APARECIDA RODRIGUES |                                       |                                                                              |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |                                                               | 18-Número no CRO<br>9911                                  | 19-UF<br>MG                           | 20-Código CBO S<br>09                                                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911                                  | 24-UF<br>MG                           | 25-Código CNES                                                               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                      | 28-UF<br>MG                                               | 29-Código CBO S                       | 025 -<br>Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(I) 81000421-RIS<br>(I) 81000421- |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                  | 33-Dente/Região                                           | 34-Face                               | 35-Qtd                                                                       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 008100421                                                         | RX PERIAPICAL                                                 | RIS                                                       |                                       | 1                                                                            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 008100421                                                         | RX PERIAPICAL                                                 | RMIE                                                      |                                       | 1                                                                            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 46-Total Quantidade US<br>2800                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 47-Valor Total R\$<br>000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>22/06/2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |
| 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                               |                                                           |                                       |                                                                              |

CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA  
CNPJ 05.872.691/0001-93



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

325611  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/06/2017 | 4-Data de Autorização<br>19/06/2017                               | 5-Senha<br>AUTORIZADO                             | 6-Número da Guia Principal<br>7639853                                   | 7-Data Validade da Senha<br>15/09/2017 |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500108802                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde  |
| 13-Nome<br>GERALDA VANUSA FALCAO PEREIRA ROCHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         | 14-Teléfono<br>23/10/1975                                         | 15-Nome do titular do plano<br>WARLEY SOUZA ROCHA |                                                                         |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |                                                   | 18-Número no CRO<br>9911                                                | 19-UF<br>MG                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     |                                                   | 23-Número no CRO<br>9911                                                | 24-UF<br>MG                            |
| 25-Código CNEB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         | 26-UF<br>MG                                                       |                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                                | 28-UF<br>MG                            |
| 29-Código CBO S                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         | 30-Código CBO S                                                   |                                                   | 31-Código CBO S                                                         |                                        |
| 25 - Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(0181000421-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento               | 32-Descrição                                                      | 33-Dente/Região                                   | 34-Face                                                                 | 35-Qtd                                 |
| 1-00181000421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         | RX PERIAPICAL                                                     | RMID                                              | 1                                                                       | 1400                                   |
| 2-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 3-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 46-Total Quantidade US<br>1400                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 47-Valor Total R\$<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                         |                                                                   |                                                   |                                                                         |                                        |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                         | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /          |                                                   | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/06/2017 |                                        |
| 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         | CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93                |                                                   |                                                                         |                                        |



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h

308295  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>21/04/2017                           | 4-Data de Autorização<br>25/06/2017                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                               | 6-Número da Guia Principal<br>7526124       | 7-Data Validade da Senha<br>23/07/2017        |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>00202521185500003902                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                                                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                                 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 13-Nome<br>ROSIANE APARECIDA ALVES GONCALVES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                   | 14-Telefone<br>17/12/1975                                                                                  | 15-Nome do titular do plano<br>KERLEY ALEXANDRE REGINALDO GONCALVES |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 19-UF<br>MG                                                         | 20-Código CBO S<br>09                       | 025 -<br>Faturar Empresa                      |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 24-UF<br>MG                                                         | 25-Código CNES<br>01                        | Enviar - RX<br>(I) 81000421-<br>(I) 81000421- |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 28-UF<br>MG                                                         | 29-Código CBO S<br>01                       |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000421                                                       | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMID                                                                | 1                                           | 1                                             | 4,00                                                                                  | 0,00     | 0,00                            | S                                                                                                 | 25/06/2017                              |                    |               |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 00181000421                                                       | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMIE                                                                | 1                                           | 1                                             | 4,00                                                                                  | 0,00     | 0,00                            | S                                                                                                 | 25/06/2017                              |                    |               |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                                     | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                                               | 46-Total Quantidade US<br>28,00                                                       |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                                                                                   | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                            |                                                                     |                                             |                                               |                                                                                       |          |                                 |                                                                                                   |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ /            |                                             |                                               | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>25/06/2017 x RLGoncalves |          |                                 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                         |                    |               |



329911  
INTERCÂMBIO

|                          |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>25/10/2012 | 4-Data de Autorização<br>26/10/2012 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7662318 | 7-Data Validade da Senha<br>23/10/2012 |
|--------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

|                       |  |                                             |                                |                                      |                                     |                                       |
|-----------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dados do Beneficiário |  | 8-Número da Carteira<br>0020253054970000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------|--|---------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|

|                                      |                           |                                                          |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>DARDANIA CRISTINA RIBEIRO | 14-Telefone<br>18/03/1990 | 15-Nome do titular do plano<br>DARDANIA CRISTINA RIBEIRO |
|--------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------|

|                                                 |  |                          |                                                                   |                          |             |                       |                          |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento |  | 16-Atendimento a RN<br>N | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa |
|-------------------------------------------------|--|--------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------------|--------------------------|

|                                                     |                                                               |                          |             |                |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>511249235634 | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG | 25-Código CNES | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME<br>(I) 81000375-RPD (I) 81000421-RPIE<br>(I) 81000375-RPE |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                                 |                          |             |                 |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS | 27-Número no CRO<br>9911 | 28-UF<br>MG | 29-Código CBO S |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------|-----------------|

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição             | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 00181000375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/10/2012            |                    |               |
| 2         | 00181000375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/10/2012            |                    |               |
| 3         | 00181000375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/10/2012            |                    |               |
| 4         | 00181000375               | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/10/2012            |                    |               |
| 5         | 00181000421               | RX PERIAPICAL            | RPIE            | 1       | 1      | 4,00             | 0,00     | 0,00                            | S      | 26/10/2012            |                    |               |
| 6         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>7,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

49-Observação

|                                                                      |                                                          |                                                                         |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/10/2012 | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.46

327867  
INTERCÂMBIO

|                          |                                                |                                            |                       |                                       |                                               |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/12/10 16/12/10 | 4-Data de Autorização<br>12/13/10 16/12/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7649633 | 7-Data Validade da Senha<br>12/10/10 19/12/10 |
|--------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                |  |                                |                                          |                                                          |                                       |
|------------------------------------------------|--|--------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0002025211185500035604 |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA | 11-Data Validade da Carteira<br>1/1/1/1                  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>ANA CRISTINA MOURA OLIVEIRA         |  |                                | 14-Telefone<br>21/12/1999 (11) 1111-1111 | 15-Nome do titular do plano<br>JUNIO HILARIO DE OLIVEIRA |                                       |

|                                                                 |  |                                                                   |  |                          |                 |                       |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                        |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME |  | 18-Número no CRO<br>9911 | 19-UF<br>MG     | 20-Código CBO S<br>09 | 025 -<br>Faturar Empresa                         |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>511249235634             |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     |  | 23-Número no CRO<br>9911 | 24-UF<br>MG     | 25-Código CNES        | Enviar - RX<br>(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS |  | 27-Número no CRO<br>9911                                          |  | 28-UF<br>MG              | 29-Código CBO S |                       | (I) 81000375-RPD<br>(I) 81000375-RPE             |

| 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 Clima | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 26/11/2010            |                    |               |
| 2         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 26/11/2010            |                    |               |
| 3         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 26/11/2010            |                    |               |
| 4         | 0081000375                | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME             | 1       | 1      | 14,00            | 0,00     | 0,00                            | 1      | 26/11/2010            |                    |               |
| 5         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                          |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                   |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                                 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>1/1/1/1 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>56,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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

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

|                                                                          |                                                              |                                                                       |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>1/1/1/1 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>1/1/1/1 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>26/11/2010 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|



## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

327954  
INTERCÂMBIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>22/06/2012                           | 4-Data de Autorização<br>25/06/2012                                                                        | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                    | 6-Número da Guia Principal<br>7650166       | 7-Data Validade da Senha<br>20/09/2012                         |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Dados do Beneficiário                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 8-Número da Carteira<br>0020252118500012902                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA                                                                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde       |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 13-Nome<br>REJANE DA COSTA GOMES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                   | 14-Telefone<br>(31) 9248-9255                                                                              | 15-Nome do titular do plano<br>EGMAR LACERDA RIBEIRO     |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME | 18-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 19-UF<br>MG                                              | 20-Código CBO S<br>09                       | 025 -<br>Faturar Empresa                                       |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>51249235634                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS     | 23-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 24-UF<br>MG                                              | 25-Código CNES                              | Enviar - RX<br>(I) 81000421-<br>(I) 81000421-<br>(I) 81000421- |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>EUGENIA DE LOURDES CAMPOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | 27-Número no CRO<br>9911                                                                                   | 28-UF<br>MG                                              | 29-Código CBO S                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 30-Tabela                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 31-Código do Procedimento                                         | 32-Descrição                                                                                               | 33-Dente/Região                                          | 34-Face                                     | 35-Qtd                                                         | 36-Quantidade US                                                                                  | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut                                                                                    | 40-Data de Realização                   | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
| 1-008100421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMDS                                                     |                                             | 1                                                              | 14,00                                                                                             | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 26/06/2012                              |                    | X R. Gomes    |
| 2-008100421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | RX PERIAPICAL                                                                                              | RPSD                                                     |                                             | 1                                                              | 14,00                                                                                             | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 26/06/2012                              |                    | X R. Gomes    |
| 3-008100421                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                   | RX PERIAPICAL                                                                                              | RMSE                                                     |                                             | 1                                                              | 14,00                                                                                             | 0,00     |                                 | S                                                                                         | 26/06/2012                              |                    | X R. Gomes    |
| 4-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 5-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 6-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 7-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 8-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 9-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 10-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 11-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 12-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 13-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 14-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 15-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |                                                          | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |                                                                | 46-Total Quantidade US<br>42,00                                                                   |          | 47-Valor Total R\$<br>0,00      |                                                                                           | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                    |               |
| Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 49-Observação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                   |                                                                                                            |                                                          |                                             |                                                                |                                                                                                   |          |                                 |                                                                                           |                                         |                    |               |
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                   |                                                                                                            | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>/ / |                                             |                                                                | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>26/06/2012 X R. Gomes da Costa Gomes |          |                                 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA<br>CNPJ 05.672.691/0001-93 |                                         |                    |               |

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

Razão Social: CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME

CNPJ: 05672691000193 ( CEMEDI ODONTOLOGIA LTDA ME )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 9911/MG

Cirurgião Dentista: (13221) - EUGENIA DE LOURDES CAMPOS

| Guia       | Nome                                                          | Não Paga | Dt. Guia   | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total      |
|------------|---------------------------------------------------------------|----------|------------|-----------|---------------|------------|
| 294845 - I | CARLOS LOPES BARROSO (00202521185500206301 )                  |          | 02/03/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 299976 - I | CRISTIANE DE SOUZA PAULA (00202521185500021202 )              |          | 11/03/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 308295 - I | ROSIANE APARECIDA ALVES GONCALVES (00202521185500003902 )     |          | 24/04/2020 | 28        | 0.56          | R\$ 15,68  |
| 309500 - I | CLAUDINEY FRANCA AGUIAR (00202521185500013301 )               |          | 29/04/2020 | 222       | 0.56          | R\$ 124,32 |
| 309716 - I | CILEA GUIMARAES BAPTISTA (00202521185500094102 )              |          | 30/04/2020 | 28        | 0.56          | R\$ 15,68  |
| 311570 - I | MATEUS SOARES ROCHA BARBOSA (00202521185500044201 )           |          | 08/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 311618 - I | HENZO GABRIEL DA SILVA COSTA (00202521185500019403 )          |          | 08/05/2020 | 78        | 0.56          | R\$ 43,68  |
| 311749 - I | ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS (00202521185500009602 )       |          | 08/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 311841 - I | MONICA CRISTINA DE LIMA BARBOSA (00202521185500022902 )       |          | 09/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 312751 - I | ALESSANDRA APARECIDA DOS SANTOS (00202521185500009602 )       |          | 13/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 313179 - I | FLAVIANO DE OLIVEIRA ROSA (00202521185500103101 )             |          | 14/05/2020 | 222       | 0.56          | R\$ 124,32 |
| 313181 - I | SOFIA ALVES NUNES (00202521185500203503 )                     |          | 14/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 313183 - I | FABIO VICTOR ALVES NUNES (00202521185500203504 )              |          | 14/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 313658 - I | JOSIANE MARIA DE OLIVEIRA PEREIRA (00202521185500078701 )     |          | 15/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 313773 - I | ALERRANDRO PAULINO CARVALHO OLIVEIRA (00202521185500201204 )  |          | 15/05/2020 | 42        | 0.56          | R\$ 23,52  |
| 315058 - I | WELLISON NUNES SENA (00202521185500197901 )                   |          | 20/05/2020 | 222       | 0.56          | R\$ 124,32 |
| 315065 - I | CASSIO MENDES DINIZ TEIXEIRA (00202521185500195701 )          |          | 20/05/2020 | 78        | 0.56          | R\$ 43,68  |
| 315473 - I | ANA PAULA MONTEIRO SANSON (00202521185500006602 )             |          | 21/05/2020 | 70        | 0.56          | R\$ 39,20  |
| 315478 - I | ANA JULIA MONTEIRO SANSON (00202521185500006603 )             |          | 21/05/2020 | 28        | 0.56          | R\$ 15,68  |
| 315670 - I | LUCAS SOUZA COSTA (00202521185500188801 )                     |          | 21/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 315686 - I | ROSANA APARECIDA DE FIGUEIREDO ALVES (00202521185500178602 )  |          | 21/05/2020 | 222       | 0.56          | R\$ 124,32 |
| 315705 - I | FABIO VICTOR ALVES NUNES (00202521185500203504 )              |          | 21/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 315707 - I | JEFFERSON RODRIGO DE SOUZA SANTOS (00202521185500073101 )     |          | 21/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 316333 - I | JULIO CESAR DOS SANTOS PEREIRA (00202521185500173901 )        |          | 25/05/2020 | 222       | 0.56          | R\$ 124,32 |
| 316609 - I | VANIA DE JESUS ARAUJO (00202521185500176202 )                 |          | 25/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 316746 - I | DAVI XAVIER DOS SANTOS (00202521185500082504 )                |          | 26/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 316749 - I | CLAUDIA CRISTINA X DAS CHAGAS PEREIRA (00202521185500082502 ) |          | 26/05/2020 | 222       | 0.56          | R\$ 124,32 |
| 316763 - I | RAFAEL MARQUES TELES (00202521185500087102 )                  |          | 26/05/2020 | 84        | 0.56          | R\$ 47,04  |
| 316830 - I | POLLYANA SANTOS DE VASCONCELOS (00202521185500039502 )        |          | 26/05/2020 | 148       | 0.56          | R\$ 82,88  |
| 316857 - I | MARDENE MACHADO RODRIGUES DE AMORIM (00202521185500019002 )   |          | 26/05/2020 | 28        | 0.56          | R\$ 15,68  |
| 316968 - I | LAIS PINTO SOARES (00202521185500118202 )                     |          | 26/05/2020 | 56        | 0.56          | R\$ 31,36  |
| 317162 - I | KELLY MARCILIA DOS SANTOS (00202521185500174602 )             |          | 27/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |
| 318189 - I | MICHAEL GABRIEL DA SILVA BARBOSA (00202521185500120705 )      |          | 29/05/2020 | 14        | 0.56          | R\$ 7,84   |

**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: 01/07/2020 14:58

Página 1 de 3

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

|            |                                                                  |            |     |      |            |
|------------|------------------------------------------------------------------|------------|-----|------|------------|
| 318192 - I | BEATRIZ GONZAGA TEIXEIRA (00202521185500021303 )                 | 29/05/2020 | 56  | 0.56 | R\$ 31,36  |
| 318195 - I | MARIA EDUARDA SANTOS VASCONCELOS (00202521185500039503 )         | 29/05/2020 | 56  | 0.56 | R\$ 31,36  |
| 318197 - I | GLEICILENE DE JESUS DIAS AZEVEDO (00202521185500043802 )         | 29/05/2020 | 162 | 0.56 | R\$ 90,72  |
| 318461 - I | JOSIANE DE FREITAS BARBOSA VIEIRA (00202521185500072702 )        | 30/05/2020 | 84  | 0.56 | R\$ 47,04  |
| 318778 - I | JEFFERSON SILVA (00202521185500039201 )                          | 01/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 319000 - I | LUISA RODRIGUES BRITO (00202521185500052002 )                    | 01/06/2020 | 14  | 0.56 | R\$ 7,84   |
| 319022 - I | FABIO RINGUIER ALVES (00202521185500001401 )                     | 01/06/2020 | 56  | 0.56 | R\$ 31,36  |
| 319913 - I | FERNANDO ALVES MARTINS (00202521185500115701 )                   | 03/06/2020 | 70  | 0.56 | R\$ 39,20  |
| 320316 - I | PHILIPPE CESAR DE SOUZA FIGUEIREDO (00202521185500049401 )       | 04/06/2020 | 222 | 0.56 | R\$ 124,32 |
| 320361 - I | DANIEL DE SOUZA PEREIRA (00202521185500070801 )                  | 04/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 320367 - I | FABIANA APARECIDA DO CARMO SILVA PEREIRA (00202521185500070802 ) | 04/06/2020 | 222 | 0.56 | R\$ 124,32 |
| 320479 - I | CLARA REIS OLIVEIRA (00202521185500084403 )                      | 04/06/2020 | 14  | 0.56 | R\$ 7,84   |
| 321091 - I | VALDERLANIA ELEN FERNANDES F PEREIRA (00202521185500055602 )     | 05/06/2020 | 84  | 0.56 | R\$ 47,04  |
| 321147 - I | MARIA APARECIDA DE FREITAS GOMES PACHECO (00202521185500204202 ) | 05/06/2020 | 70  | 0.56 | R\$ 39,20  |
| 321189 - I | ALINE DE SOUZA FERREIRA DE ELIAS (00202521185500053602 )         | 05/06/2020 | 28  | 0.56 | R\$ 15,68  |
| 321241 - I | GRAZIELLY CRISITNA SILVA DO NASCIMENTO (00202521185500030002 )   | 05/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 321360 - I | FABRICIO DE CARVALHO MIRANDA (00202521185500055901 )             | 06/06/2020 | 14  | 0.56 | R\$ 7,84   |
| 321378 - I | CLAUDIO MOURA FERREIRA (00202521185500108701 )                   | 06/06/2020 | 28  | 0.56 | R\$ 15,68  |
| 321692 - I | GUSTAVO FERNANDES DE SOUZA (00202521185500073103 )               | 08/06/2020 | 14  | 0.56 | R\$ 7,84   |
| 321915 - I | DANILO LEITE MIRANDA (00202521185500107001 )                     | 08/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 321919 - I | SONARIA APARECIDA RIBEIRO (00202521185500107002 )                | 08/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 321948 - I | REGINALDO JULIO DA SILVA (00202521185500027301 )                 | 08/06/2020 | 70  | 0.56 | R\$ 39,20  |
| 322573 - I | LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA (00202521185500207501 )              | 09/06/2020 | 14  | 0.56 | R\$ 7,84   |
| 322950 - I | ARTHUR MARQUES VALADARES (00202521185500014803 )                 | 10/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 323134 - I | ISAIAS FELIPE SIQUEIRA (00202521185500114701 )                   | 10/06/2020 | 56  | 0.56 | R\$ 31,36  |
| 324010 - I | LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA (00202521185500207501 )              | 15/06/2020 | 70  | 0.56 | R\$ 39,20  |
| 324088 - I | RAFAEL DE OLIVEIRA FREITAS (00202521185500188901 )               | 15/06/2020 | 222 | 0.56 | R\$ 124,32 |
| 324263 - I | EDNILSON PACHECO VIEIRA (00202521185500204201 )                  | 15/06/2020 | 84  | 0.56 | R\$ 47,04  |
| 324425 - I | ENZO GABRIEL RODRIGUES MATOS (00202521185500159405 )             | 15/06/2020 | 28  | 0.56 | R\$ 15,68  |
| 324708 - I | ANDREA DA CONCEICAO CANDEIA OLIVEIRA (00202521185500036502 )     | 16/06/2020 | 222 | 0.56 | R\$ 124,32 |
| 324945 - I | ANA CRISTINA MOURA OLIVEIRA (00202521185500035604 )              | 16/06/2020 | 78  | 0.56 | R\$ 43,68  |
| 325070 - I | THAIS FERNANDA MOURA DINIZ AGUIAR (00202521185500013302 )        | 16/06/2020 | 222 | 0.56 | R\$ 124,32 |
| 325583 - I | NILDINHA FERREIRA DA SILVA (00202521185500122602 )               | 17/06/2020 | 222 | 0.56 | R\$ 124,32 |
| 325611 - I | GERALDA VANUSA FALCAO PEREIRA ROCHA (00202521185500108802 )      | 17/06/2020 | 14  | 0.56 | R\$ 7,84   |
| 327867 - I | ANA CRISTINA MOURA OLIVEIRA (00202521185500035604 )              | 22/06/2020 | 56  | 0.56 | R\$ 31,36  |
| 327954 - I | REJANE DA COSTA GOMES (00202521185500012902 )                    | 22/06/2020 | 42  | 0.56 | R\$ 23,52  |
| 329911 - I | DARDANIA CRISTINA RIBEIRO (00202530549700000101 )                | 25/06/2020 | 70  | 0.56 | R\$ 39,20  |

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: 01/07/2020 14:58

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

**Totalizador**

N° de USOs: 5650  
N° de atendimentos: 70  
Valor: R\$ 3.164,00

**Totalizador da Operadora**

N° de USOs: 5650  
N° de atendimentos: 70  
Valor: R\$ 3.164,00

**Totalizador da Clínica**

N° de USOs: 5650  
N° de atendimentos: 70  
Valor: R\$ 3.164,00

**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: 01/07/2020 14:58

Página 3 de 3