



447373
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/01/2014	4-Data de Autorização 06/01/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8171710	7-Data Validade da Senha 05/04/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500235402	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 SOPHYA EMANUELLY DAS CHAGAS SILVA		14-Telefone 01/10/2014	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINA ROQUE DAS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/14		Thais Cristina
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/14	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 35,782	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 06/01/14	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/14	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/14	53-Data, local e Assinatura da Empresa 06/01/14
---	---	---	--

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro CEP: 35700-048
TELEFONE: 35700-048
Cidade: LAGOAS - MG



449610
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2014	4-Data de Autorização 08/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179388	7-Data Validade da Senha 08/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500235402		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 SOPHYA EMANUELLY DAS CHAGAS SILVA				14-Telefone 01/10/2014	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINA ROQUE DAS CHAGAS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				27-Número no CRO 44158		28-UF MG	29-Código CBO S		

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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			08/10/2014		THAIS CRISTINA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 08/10/2014	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 72,00	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 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 08/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/2014 THAIS CRISTINA	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 08/10/2014 JESSICA BARBOSA
---	---	--	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
CEP: 35700-049
SETE LAGOAS - MG



2 - Nº Guia no Prestador

445030

1 - Registro ANS 	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 4 5 0 3 0
----------------------	---	-----------------------------------	---

Dados do Contratado

6 - Código da Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0	7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---	--

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote 	9 - Número do Protocolo 	10 - Código da Glosa do Protocolo 	11 - Justificativa 	12 -
------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	------------------------	----------

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador 4 1 6 6 1 8	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 1 6 6 1 8	15 - Status AUTORIZADO	16 - Beneficiário 00202531913000000101 - TAINARA DOS SANTOS RAMOS
--	--	----------------------------------	---

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

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
28 - Valor Recusado 30 - Valor Acatado	29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora						
1- 1 1 1 1 2 0 2 0	2 5	0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 6 6	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	3 0 6 7	
1 5 4 8 0	Segue rx para análise						
0 0 0							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

32 - Valor Total Recusado (R\$) 1 5 4 8 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0
--	---

34 - Data do Recurso 1 9 / 1 1 / 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador 	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
--	----------------------------------	--	----------------------------------

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 123
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



457749

[illegible]



450071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/2011	4-Data de Autorização 21/01/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8180995	7-Data Validade da Senha 08/04/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253327110000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400262-36
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	36		1	118,00	0,00					
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	36		1	154,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2011	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 272,00	47-Valor Total R\$ 15.780,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	---------------------------------	---

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

49-Observação

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Floriano Peixoto, 120 Bairro Centro - CEP: 35700-000 SITELAGOAS - MG			
--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/01/2011
---	---	---	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



456924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/01/21	4-Data de Autorização 20/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8209226	7-Data Validade da Senha 19/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TATIANE NEPOMUCENO ARAUJO DE FREITAS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	
		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	20/01/21		Tatiane
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VM	1	88,00	0,00		S	20/01/21		Tatiane
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/01/21	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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/21 Tatiane Nepomuceno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/01/21
---	---	--	---

35.782.845/0001-77
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



447196
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização 06/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8171251	7-Data Validade da Senha 04/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500235401	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 THAIS CRISTINA ROQUE DAS CHAGAS 06/03/1998		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINA ROQUE DAS CHAGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

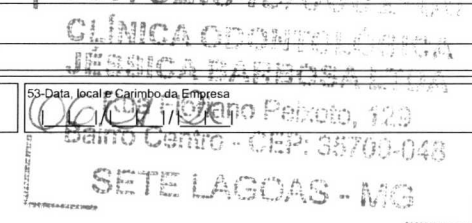
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		J. Barbosa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 06/01/21 J. Barbosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21 J. Barbosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 Thais Cristina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21 Odontomaster Perinoto, 120 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG
--	--	--	--





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

460667
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/01/21	4-Data de Autorização 25/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227134	7-Data Validade da Senha 23/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500234201	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 THAIS OHANA GARCIA DE SOUZA		14-Telefone 10/10/1994	15-Nome do titular do plano THAIS OHANA GARCIA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

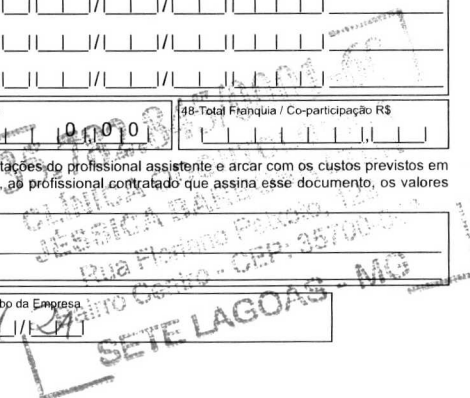
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		THAIS OHANA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 25/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/01/21 THAIS OHANA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/01/21
---	---	---	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

461805
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 1 / 2 1	4-Data de Autorização 2 6 / 0 1 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8232584	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 4 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 3 4 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAIS OHANA GARCIA DE SOUZA 10/10/1994		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAIS OHANA GARCIA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200107-16
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

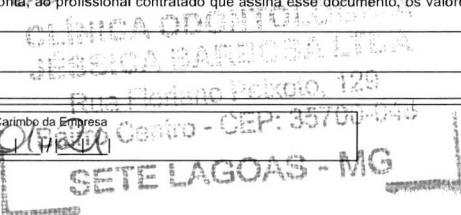
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 2 0 0 1 0 7	RETRATAMENTO	16		1	8 4 4 0 0	0,00	0,00		26/01/21		THAIS OHANA
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/01/21	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 8 4 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	-------------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/21 THAIS OHANA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/01/21
---	---	---	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

455540
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/01/21	4-Data de Autorização 19/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8203558	7-Data Validade da Senha 18/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500019402	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 THAISA DA SILVA RIBEIRO	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DILSON GOMES COSTA
------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400262-22
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

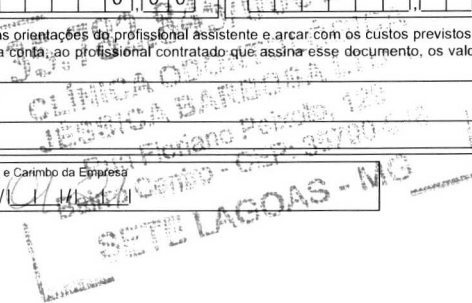
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	22		1	118,00	0,00		S	19/01/21		
2-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	22		1	154,00	0,00		S	19/01/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 19/01/21	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 272,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, 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 19/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/01/21
---	---	---	---





448878
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/01/2012	4-Data de Autorização 07/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8176678	7-Data Validade da Senha 07/04/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253169680000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THALISSON HENRIQUE MOREIRA PACHECO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LOURDES DE FATIMA MOREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00			S	07/01/2012		Thalisson
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00			S	07/01/2012		Thalisson
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/01/2012	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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta 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 07/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/01/2012
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

35.782.843/0001-00
R. Manoel Poikoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG



432550
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/12/20	4-Data de Autorização 14/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8109888	7-Data Validação da Senha 02/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253234430000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANNY RAYANNE RIBEIRO SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAMILA DE FATIMA RIBEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 83000151-64 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0083000151	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	64		1	212,00	0,00		S	14/01/21		Camila
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OM	1	88,00	0,00		S	14/01/21		Camila
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/01/21	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 300,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, 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 14/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 14/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/01/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Banco de Dados: 35700-046

SETE LAGOAS - MG



2 - Nº Guia no Prestador

444824

1 - Registro ANS 		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA			4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 4 4 8 2 4								
Dados do Contratado															
6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0				7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO											
Dados do Recurso do Protocolo															
8 - Número do Lote 				9 - Número do Protocolo 		10 - Código da Glosa do Protocolo 		11 - Justificativa 							
Dados do Recurso da Guia															
13 - Número da Guia no Prestador 3 8 6 1 4 9		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 8 6 1 4 9		15 - Status CONCLUÍDO		16 - Beneficiário 00202521185500205901 - WANDERSON SOARES DA COSTA									
17 - Código da Glosa da Guia 		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) 						19 - 							
Dados dos Itens da Guia															
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código da Glosa	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora									
1- 2 9 0 9 2 0 2 0		1 6		0 1		9 4		8 5 2 0 0 1 5 8		TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR				3 0 4 0	
										Dificuldades técnicas para dissociar os condutos porém o pacinete está sem sintomatologia e sob preservação, todos os condutos foram obturados.					
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
32 - Valor Total Recusado (R\$) 3 1 9 8 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0													
34 - Data do Recurso 0 1 1 0 2 0 2 0				35 - Assinatura do Prestador				36 - Data da Assinatura da Operadora 				37 - Assinatura da Operadora			



452138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/21	4-Data de Autorização 13/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8188437	7-Data Validade da Senha 12/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500061801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome WARLEY SOARES GONCALVES	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano WARLEY SOARES GONCALVES
------------------------------------	-----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/01/21		Warley
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/01/21		Warley
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/01/21		Warley
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/01/21		Warley
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/01/21		Warley
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/01/21	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta 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 13/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/21 Warley	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/21
---	---	--	---

35.704-043/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
R. Celso de Melo Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



449616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 08/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179411	7-Data Validade da Senha 08/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500061001	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 WATSON EDUARDO SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WATSON EDUARDO SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/01/21		Watson
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 08/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 08/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/01/21 Watson	53-Data, local e Contato da Empresa 08/01/21
---	---	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
35.782.843/0001-01
OSHOPEX
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

447200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/01/21	4-Data de Autorização 06/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8171254	7-Data Validade da Senha 04/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500175301	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 WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES		14-Telefone 20/08/1984	15-Nome do titular do plano WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/01/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 06/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 Wellington Andri de Matos Goncalves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/01/21 CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA Rua Floriano Peixoto, 120 CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG
---	---	---	---



449581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/01/21	4-Data de Autorização 09/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8179257	7-Data Validade da Senha 08/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500175301	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 WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /	
13-Data de Nascimento 20/08/1984		15-Nome do titular do plano WELLINGTON ANDR DE MATOS GONALVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/01/21		X
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/01/21		X
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/01/21		X
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/01/21		X
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta 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 09/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/01/21	53-Data, local e Cópia da Empresa 09/01/21
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua ...
Bairro Centro - CEP: 55700-000
SETE LAGOAS - MG