

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

Razão Social: CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP

CNPJ: 20472213000123 (CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP - EMERGENCIA COMERCIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 23145/MG

Cirurgião Dentista: (12976) - FLAVIA SANTIAGO LOPES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
311244 - I	HELENA AMARO DOS SANTOS (00202511761200009901)		07/05/2020	144	0.3	R\$ 43,20
312900 - I	LEONARDO ELEUTERIO MARQUES (00202521694500074101)		13/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

N° de USOs: 322
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 96,60

CRO: 5460/MG

Cirurgião Dentista: (14724) - JOSE JOAQUIM MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
311527 - I	LUCIANA ALEXSANDRA GOMES (00202529866500000101)		08/05/2020	122	0.3	R\$ 36,60
313176 - I	LUCIANA ALEXSANDRA GOMES (00202529866500000101)		14/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40
314030 - I	SAVIO HENRIQUE FERREIRA LOPES (00202529896100000101)		18/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40
315053 - I	LUCIANA ALEXSANDRA GOMES (00202529866500000101)		20/05/2020	183	0.3	R\$ 54,90
317797 - I	JACELIA ANIZIO MANOEL (00202530238400000101)		28/05/2020	178	0.3	R\$ 53,40

Totalizador

N° de USOs: 839
N° de atendimentos: 5
Valor: R\$ 251,70

CRO: 21611/MG

Cirurgião Dentista: (12977) - ANDREA FERRETTI SIEIRO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
307174 - I	MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS (00202506065500333202)		20/04/2020	179	0.3	R\$ 53,70
310981 - I	MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS (00202506065500333202)		06/05/2020	88	0.3	R\$ 26,40

Totalizador

N° de USOs: 267
N° de atendimentos: 2
Valor: R\$ 80,10

CRO: 24283/MG

Cirurgião Dentista: (14107) - DANIELA FABEL NOLLI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
309258 - I	MARIA DA CONSOLACAO FERNANDES (00202527926800000101)		29/04/2020	516	0.3	R\$ 154,80

Totalizador

N° de USOs: 516
N° de atendimentos: 1
Valor: R\$ 154,80

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

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

Data e Hora de Emissão: 03/08/2020 11:27

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: AGOSTO/2020

310981 - I	MIGUEL AUGUSTO RIBEIRO DOS SANTOS (00202506065500333202)	06/05/2020	88	0.3	R\$ 26,40
324355 - I	LAURA VICTORIA LINS NOVAES (00202511761200014302)	15/06/2020	340	0.3	R\$ 102,00

Totalizador					Nº de USOs: 607
					Nº de atendimentos: 3
					Valor: R\$ 182,10

CRO: 24283/MG		Cirurgião Dentista: (14107) - DANIELA FABEL NOLLI				
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
309258 - I	MARIA DA CONSOLACAO FERNANDES (00202527926800000101)		29/04/2020	516	0.3	R\$ 154,80
318814 - I	LUCILENE PEREIRA DE SOUZA (00202527326700000101)		01/06/2020	533	0.3	R\$ 159,90
329010 - I	LARISSA SILVA SOUZA (00202528733200000101)		24/06/2020	292	0.3	R\$ 87,60
336792 - I	JACELIA ANIZIO MANOEL (00202530238400000101)		09/07/2020	258	0.3	R\$ 77,40

Totalizador					Nº de USOs: 1599
					Nº de atendimentos: 4
					Valor: R\$ 479,70

Totalizador da Operadora					Nº de USOs: 4619
					Nº de atendimentos: 22
					Valor: R\$ 1.385,70

Totalizador da Clínica					Nº de USOs: 4619
					Nº de atendimentos: 22
					Valor: R\$ 1.385,70

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

Guias: I - Intercâmbio

E - Emergencial

P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão:

03/08/2020 16:11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



322275

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2016	4-Data de Autorização 11/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7623287	7-Data Validade da Senha 10/07/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002025117612000143011 13-Nome ALEX DOS SANTOS NOVAES	9-Plano POS REDE PRESTADORA 18/11/1982	10-Empresa MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ALEX DOS SANTOS NOVAES	11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE JOAQUIM MENDES	18-Número no CRO 5460	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1177448114649	22-Nome do Contratado Executante JOSE JOAQUIM MENDES	23-Número no CRO 5460	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JOSE JOAQUIM MENDES		27-Número no CRO 5460	28-UF MG
		29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rogio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	8,80	0,00					16/06/2016		
2-000	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	8,80	0,00					16/06/2016		
3-000	81000003	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00					16/06/2016		
4-000														
5-000														
6-000														
7-000														
8-000														
9-000														
10-000														
11-000														
12-000														
13-000														
14-000														
15-000														

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/06/2016	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 210,00	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 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 16/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/2016	53-Data, local e Campo da Empresa 16/06/2016
---	---	---	---

Handwritten: *Handwritten*



322384

49. observação

será o cancelamento da restançã do dent 45, pois não para canal e coroa. Foi dado somente o 42.

2-N-2-

Dados do Beneficiário8-Número da Carteira

10	0	2	0
----	---	---	---

13-Name

JACELIA AN

Dados do Contratado	
---------------------	--

16-Atendimento a R
N

Office on Drugs	N
-----------------	---

21-Código na Opera
11774

[illegible]

26-Nome do Pross
JOSE JOAO

Plano de Tratament30-Tabela 31-
$$\begin{array}{r} 10618 \\ 1-101618 \end{array}$$

2	10	10	8
---	----	----	---

2-1009

3

4

5-1111

9

7-1111

8 - 11

9-11

6	7
8	9
10	11
12	13
14	15
16	17
18	19
20	21
22	23
24	25
26	27
28	29
30	31
32	33
34	35
36	37
38	39
40	41
42	43
44	45
46	47
48	49
50	51
52	53
54	55
56	57
58	59
60	61
62	63
64	65
66	67
68	69
70	71
72	73
74	75
76	77
78	79
80	81
82	83
84	85
86	87
88	89
90	91
92	93
94	95
96	97
98	99
100	101
102	103
104	105
106	107
108	109
110	111
112	113
114	115
116	117
118	119
120	121
122	123
124	125
126	127
128	129
130	131
132	133
134	135
136	137
138	139
140	141
142	143
144	145
146	147
148	149
150	151
152	153
154	155
156	157
158	159
160	161
162	163
164	165
166	167
168	169
170	171
172	173
174	175
176	177
178	179
180	181
182	183
184	185
186	187
188	189
190	191
192	193
194	195
196	197
198	199
200	201
202	203
204	205
206	207
208	209
210	211
212	213
214	215
216	217
218	219
220	221
222	223
224	225
226	227
228	229
230	231
232	233
234	235
236	237
238	239
240	241
242	243
244	245
246	247
248	249
250	251
252	253
254	255
256	257
258	259
260	261
262	263
264	265
266	267
268	269
270	271
272	273
274	275
276	277
278	279
280	281
282	283
284	285
286	287
288	289
290	291
292	293
294	295
296	297
298	299
300	301
302	303
304	305
306	307
308	309
310	311
312	313
314	315
316	317
318	319
320	321
322	323
324	325
326	327
328	329
330	331
332	333
334	335
336	337
338	339
340	

10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 108 109 110 111 112 113 114 115 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126 127 128 129 130 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140 141 142 143 144 145 146 147 148 149 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 161 162 163 164 165 166 167 168 169 170 171 172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 185 186 187 188 189 190 191 192 193 194 195 196 197 198 199 200 201 202 203 204 205 206 207 208 209 210 211 212 213 214 215 216 217 218 219 220 221 222 223 224 225 226 227 228 229 230 231 232 233 234 235 236 237 238 239 240 241 242 243 244 245 246 247 248 249 250 251 252 253 254 255 256 257 258 259 260 261 262 263 264 265 266 267 268 269 270 271 272 273 274 275 276 277 278 279 280 281 282 283 284 285 286 287 288 289 290 291 292 293 294 295 296 297 298 299 300 301 302 303 304 305 306 307 308 309 310 311 312 313 314 315 316 317 318 319 320 321 322 323 324 325 326 327 328 329 330 331 332 333 334 335 336 337 338 339 340 341 342 343 344 345 346 347 348 349 350 351 352 353 354 355 356 357 358 359 360 361 362 363 364 365 366 367 368 369 370 371 372 373 374 375 376 377 378 379 380 381 382 383 384 385 386 387 388 389 390 391 392 393 394 395 396 397 398 399 400 401 402 403 404 405 406 407 408 409 410 411 412 413 414 415 416 417 418 419 420 421 422 423 424 425 426 427 428 429 430 431 432 433 434 435 436 437 438 439 440 441 442 443 444 445 446 447 448 449 450 451 452 453 454 455 456 457 458 459 460 461 462 463 464 465 466 467 468 469 470 471 472 473 474 475 476 477 478 479 480 481 482 483 484 485 486 487 488 489 490 491 492 493 494 495 496 497 498 499 500 501 502 503 504 505 506 507 508 509 510 511 512 513 514 515 516 517 518 519 520 521 522 523 524 525 526 527 528 529 530 531 532 533 534 535 536 537 538 539 540 541 542 543 544 545 546 547 548 549 550 551 552 553 554 555 556 557 558 559 560 561 562 563 564 565 566 567 568 569 570 571 572 573 574 575 576 577 578 579 580 581 582 583 584 585 586 587 588 589 590 591 592 593 594 595 596 597 598 599 600 601 602 603 604 605 606 607 608 609 610 611 612 613 614 615 616 617 618 619 620 621 622 623 624 625 626 627 628 629 630 631 632 633 634 635 636 637 638 639 640 641 642 643 644 645 646 647 648 649 650 651 652 653 654 655 656 657 658 659 660 661 662 663 664 665 666 667 668 669 670 671 672 673 674 675 676 677 678 679 680 681 682 683 684 685 686 687 688 689 690 691 692 693 694 695 696 697 698 699 700 701 702 703 704 705 706 707 708 709 710 711 712 713 714 715 716 717 718 719 720 721 722 723 724 725 726 727 728 729 730 731 732 733 734 735 736 737 738 739 740 741 742 743 744 745 746 747 748 749 750 751 752 753 754 755 756 757 758 759 760 761 762 763 764 765 766 767 768 769 770 771 772 773 774 775 776 777 778 779 780 781 782 783 784 785 786 787 788 789 790 791 792 793 794 795 796 797 798 799 800 801 802 803 804 805 806 807 808 809 810 811 812 813 814 815 816 817 818 819 820 821 822 823 824 825 826 827 828 829 830 831 832 833 834 835 836 837 838 839 840 841 842 843 844 845 846 847 848 849 850 851 852 853 854 855 856 857 858 859 860 861 862 863 864 865 866 867 868 869 870 871 872 873 874 875 876 877 878 879 880 881 882 883 884 885 886 887 888 889 890 891 892 893 894 895 896 897 898 899 900 901 902 903 904 905 906 907 908 909 910 911 912 913 914 915 916 917 918 919 920 921 922 923 924 925 926 927 928 929 930 931 932 933 934 935 936 937 938 939 940 941 942 943 944 945 946 947 948 949 950 951 952 953 954 955 956 957 958 959 960 961 962 963 964 965 966 967 968 969 970 971 972 973 974 975 976 977 978 979 980 981 982 983 984 985 986 987 988 989 990 991 992 993 994 995 996 997 998 999 1000 1001 1002 1003 1004 1005 1006 1007 1008 1009 1010 1011 1012 1013 1014 1015 1016 1017 1018 1019 1020 1021 1022 1023 1024 1025 1026 1027 1028 1029 1030 1031 1032 1033 1034 1035 1036 1037 1038 1039 1040 1041 1042 1043 1044 1

4

12111113

14 111

15

43-Data Previs

५०

Declaro, que

contrato. De
referentes a49-Observação

[illegible]50-Data, local

5



transfere para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



331918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/2016

4-Data de Autorização
14/01/2017

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7673304

7-Data Validade da Senha
12/09/2019

8-Número do Contrato

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

MARCIA LANE ESTEVES SANTOS

14-Teléfono
25/06/1964

15-Nome do titular do plano
MARCIA LANE ESTEVES SANTOS

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
JOSE JOAQUIM MENDES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11777448114649

22-Nome do Contratado Executante
JOSE JOAQUIM MENDES

26-Nome do Profissional Executante
JOSE JOAQUIM MENDES

27-Número no CRO
5460

28-UF
MG

29-Código CBO S
5460

30-Franquia/Co-participação R\$
025 -
Faturar Empresa

31-Franquia/Co-participação R\$
025 -
Faturar Empresa

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Rogito
1

34-Face
1

35-Clid
1

36-Quantidade US
34

37-Valor
0,00

38-Aut
14/01/2017

39-Aut
14/01/2017

40-Data de Realização
14/01/2017

41-Motivo da Glosa
42-Assinatura

43-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/01/2017

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

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

46-Total Quantidade US
34

47-Valor Total R\$
0,00

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

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/01/2017

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/01/2017

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/01/2017

53-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

54-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

55-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

56-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

57-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

58-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

59-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

60-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

61-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

62-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

63-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

64-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

65-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

66-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

67-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

68-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

69-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

70-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

71-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

72-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

73-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

74-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

75-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

76-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

77-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

78-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

79-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

80-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

81-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

82-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

83-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

84-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

85-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

86-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

87-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

88-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

89-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

90-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

91-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

92-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

93-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

94-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

95-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

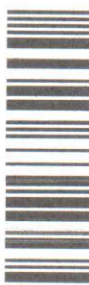
96-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

97-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

98-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

99-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017

100-Data local e Assinatura da Empresa
14/01/2017



324355
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/05/10 4-Data de Autorização 12/05/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número de Guia Principal 7633633 7-Data Validade da Sentença 11/03/10 9/12/10

8-Número da Carteira 100210251176121000143021 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número da Cartão Nacional da Saúde

13-Nome LAURA VICTORIA LINS NOVAES 14-Telefone 25/07/2011 15-Nome do titular do plano ALEX DOS SANTOS NOVAES

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ANDREA FERRETTI SIEIRO 18-Número no CRO 21611 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 938598216871 22-Nome do Contratado Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO 23-Número no CRO 21611 24-UF MG 25-Código CNES 26-UF MG 27-Número no CRO 21611 28-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ANDREA FERRETTI SIEIRO 29-Data de Realização 30-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Gripe 42-Data de Realização

31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Faixa	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gripe	42-Data de Realização
1-00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	84	1	73,00	0,00	0,00	1	25/06/10	1	25/06/10
2-00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	73,00	0,00	0,00	1	25/06/10	1	25/06/10
3-00	851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	63	1	88,00	0,00	0,00	1	25/06/10	1	25/06/10
4-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34,00	0,00	0,00	1	25/06/10	1	25/06/10
5-00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	72,00	0,00	0,00	1	25/06/10	1	25/06/10
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/06/10 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 340,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 26/06/10 ANDREA FERRETTI SIEIRO CRO-MG 21611 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/06/10 ANDREA FERRETTI SIEIRO CRO-MG 21611 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/10 ALEX DOS SANTOS NOVAES 53-Data, local e Cópia da Empresa 26/06/10



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



312525
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/05 11/12/01	4-Data de Autorização 11/16/01 06/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7557591	7-Data Validade da Senha 11/10/01 08/12/01
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102012504908150070191204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira 11/11/01 11/11/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome

LOREN VITORIA APARECIDA DE SOUZA OLIVEIRA

24/05/2002

14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano LUCIANO ALMEIDA DE OLIVEIRA
------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA SANTIAGO LOPES	18-Número no CRO 23145	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10131617073116110111

22-Nome do Contratado Executante
FLAVIA SANTIAGO LOPES

25-Nome do Profissional Executante
FLAVIA SANTIAGO LOPES

26-Nome do Profissional Executante
FLAVIA SANTIAGO LOPES

27-Número no CRO 23145	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-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			16/06/02		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			16/06/02		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			16/06/02		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			16/06/02		
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/01	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	144,00	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, compreendendo-me a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante
16/11/05

51-Data, local e Assinatura do Contratado Dentista
16/11/05

52-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
16/11/05

53-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
16/11/05

54-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
16/11/05



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Assinado por
Dra. Rosângela Gomes de Oliveira

2.º Nº



341761
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/07 12:01

4-Data de Autorização
12/03/07 12:01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7716465

7-Data Validade da Senha
11/08/10 12:01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020253075240000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JOSE CALDEIRA DE SOUZA

12/12/1985

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
JOSE CALDEIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ROSANGELA GOMES DE OLIVEIRA

22-Nome do Contratado Executante
ROSANGELA GOMES DE OLIVEIRA

18-Número no CRO
18640

19-UF
MG

20-Código CBO S
025 -

25-Código CNES
MG
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
6818671160011

27-Número no CRO
18640

28-UF
MG

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
ROSANGELA GOMES DE OLIVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dentiforçage	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mofo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	12/01/07	23,00	JOSE
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	12/01/07	23,00	JOSE
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	12/01/07	23,00	JOSE
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	12/01/07	23,00	JOSE
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	12/01/07	23,00	JOSE
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Prevista Término do Tratamento
12/01/07

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

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

46-Totál Quantidade US
1178,00

47-Valor Totál R\$
10,00

48-Totál Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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, na forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Gerente/Dentista Solicitante
12/01/07

51-Data, local e Assinatura do Gerente/Dentista
12/01/07

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/07 JOSE CALDEIRA

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/07

Dra. Rosângela Gomes de Oliveira
CROMG 18640

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329010
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/04/01 16:11:20

4-Data de Autorização
12/07/01 17:12:01

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120025287332000000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
LARISSA SILVA SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DANIELA FABEL NOLLI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0144454000670

22-Nome do Contratado Executante
DANIELA FABEL NOLLI

26-Nome do Profissional Executante
DANIELA FABEL NOLLI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento

32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região
25

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
34,00

37-Valor
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$
0,00

39-Aut
0,00

40-Data de Realização
12/07/01

41-Motivo da Causa
S127/07/01

42-Assinatura
S127/07/01

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/07/01

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
12,92

47-Valor Total R\$
0,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

54-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

55-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

56-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

57-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

58-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

59-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

60-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

61-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

62-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

63-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

64-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

65-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

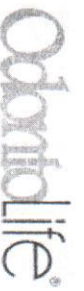
66-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

67-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

68-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

69-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI

70-Data, local e Assinatura da Empresa
12/07/01 DANIELA FABEL NOLLI



Registado em 02/03/2011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Flavio Santana

2-º



334425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 07/12/01	4-Data de Autorização 11/04/10 07/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683488	7-Data Validade da Seria 10/04/11 01/12/10
--------------------------	--	--	----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10020201253062820000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome AINE DE MATOS SILVA	29/01/1994	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano AINE DE MATOS SILVA
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA SANTIAGO LOPES	18-Número no CRO 23145	19-UF MG	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103670731610	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA SANTIAGO LOPES	23-Número no CRO 23145	24-UF MG	25-Código CNES Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA SANTIAGO LOPES	27-Número no CRO 23145	28-UF MG	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Logista	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			10/04/11	Aline	
2-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		36,00	0,00			10/04/11	Aline	
3-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		36,00	0,00			10/04/11	Aline	
4-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		36,00	0,00			10/04/11	Aline	
5-101	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		36,00	0,00			10/04/11	Aline	
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 14/01/10	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\$ 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(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 11/04/11	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/04/11	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/04/11	53-Data local e Assinatura da Empresa 11/04/11
--	--	--	---

32-Descrição		33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cidex	42-Assinatura
1-0	0	8	5	2	0	0	1	6	6		
TRATAMENTO ENDODÔNTICO											
2-						25			1		
3-									2	5	8
4-									0	0	
5-									0	0	
6-									0	0	
7-									0	0	
8-									0	0	
9-									0	0	
10-									0	0	
11-									0	0	
12-									0	0	
13-									0	0	
14-									0	0	
15-									0	0	

20.472.213/0001-23

CLINICA DENTARIA LTDA

Av. Alcega Pereira 748 - Conj. 1001

8 Centro - CEP: 30160-004

Tel: (12) 3745-500

8871-140917917

15/07/20

15/07/20

☐ 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US	1	1	2	5	8	1	0	0
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

O custo de aquisição para cada unidade é de R\$ 10,00.

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

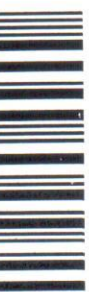
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

115110211801

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável:

53-Data, local e Carimbo da Empresa

250000



318814
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/06 4-Data de Autorização 10/31/06 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7603713 7-Data Validade da Senha 13/01/08 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202527326700000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCILENE PEREIRA DE SOUZA 14-Telefone (131) 329714783 15-Nome do titular do plano LUCILENE PEREIRA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante DANIELA FABEL NOLLI 18-Número no CRO 24283 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (11) 85200158-17

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104445400670 22-Nome do Contratado Executante DANIELA FABEL NOLLI 23-Número no CRO 24283 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante DANIELA FABEL NOLLI 27-Número no CRO 24283 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	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
1-0	085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17	1	1	533100	0,00	0,00	0,00	15/02/06		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento	15/07/20	44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US	533100	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

URGIA FABEL NOLLI
CRO 24283 - CR 024283-17

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/02/06 Daniela Fabel NOLLI 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/02/06 Daniela Fabel NOLLI 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 15/02/06 Lucilene Pereira de Souza 53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/02/06