



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353689
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

10/09/2018

4-Data de Autorização

12/11/2018

5-Senha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7772711

7-Data Validade da Senha

10/7/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020252118550008001

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FABRICIO DOS SANTOS LOPES

06/04/1979

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FABRICIO DOS SANTOS LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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 Glor	42-Assinatura
1-0	10	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,0			21/10/2018		
2-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
3-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
4-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
5-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
6-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
7-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
8-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
9-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
10-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
11-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
12-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
13-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
14-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
15-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
16-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
17-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
18-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
19-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
20-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
21-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
22-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
23-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
24-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
25-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
26-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
27-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
28-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
29-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
30-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
31-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
32-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
33-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
34-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
35-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
36-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
37-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
38-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
39-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
40-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
41-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
42-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
43-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
44-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
45-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
46-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
47-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
48-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
49-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
50-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
51-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
52-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
53-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
54-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
55-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
56-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
57-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
58-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
59-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
60-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
61-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
62-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
63-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
64-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
65-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
66-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
67-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
68-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
69-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
70-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
71-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
72-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
73-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
74-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
75-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
76-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
77-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
78-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
79-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
80-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
81-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
82-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
83-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
84-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
85-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
86-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
87-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
88-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
89-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
90-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
91-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
92-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
93-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
94-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
95-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
96-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
97-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
98-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
99-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		
100-0	01	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	3,6	10,0			21/10/2018		

43-Data Prevista 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

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Contributo da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 responsável, os valores referentes ao tratamento realizado, compromet



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353690
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2018

4-Data de Autorização
12/11/2018

5-Sintra
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7772712

7-Data Validade da Sintra
10/11/2018

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202521185500008001

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FABRICIO DOS SANTOS LOPES

06/04/1979

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FABRICIO DOS SANTOS LOPES

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110160648601

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
(I) 85100218

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
1-0085100218

32-Descrição
RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente Região
37 OMD

34-Face
1

35-Qtd
1

36-Quantidade US
12200

37-Valor
000

38-Franquia/Co-participação R\$
5121108120

39-Aut
1

40-Data de Realização
12/11/2018

41-Motivo de Glose
Fábica

42-Assinatura

43-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

44-Exame Radiológico

45-Ortodontia

46-Urgência/Emergência

47-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

48-Total Quantidade US
12200

49-Valor Total R\$
000

50-Franquia / Co-participação R\$
000

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2018

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2018

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Fábica

54-Data, local e Assinatura da Empresa
12/11/2018

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2018

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

53-Data, local e Assinatura da Empresa
12/11/2018

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



354465
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 12:01	4-Data de Autorização 13/01/08 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7776410	7-Data Validade da Senha 10/09/11 12:01
---------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102025211855000557703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GABRIELA SANTOS POSSIDONIO	23/12/2012	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARTINHO MARCELINO POSSIDONIO
---------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11106106486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
20-Código CBO S 04		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	8,810,01	0,010,01		S	30/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US												
18,810,01												
47-Valor Total R\$												
10,100,01												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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

49-Observação
Imagens analisadas

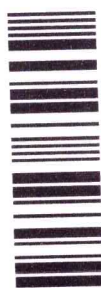
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/08 12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/08 12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/08 12:01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/01/08 12:01
---	---	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Elvira S. Mendes, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



360225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/09/2018

4-Data de Autorização
13/10/2018

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7802695

7-Data Validade da Sentença
11/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020201252719480000010106

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
GABRIELLA CORREA SALES

14/08/1997

14-Telefone
(1311) 9987132515

15-Nome do titular do plano
ROGER DANIEL CORREA SALES

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	1	73,00	0,00	0,00	1	30/08/20		Gabriella
2-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	73,00	0,00	0,00	1	30/08/20		Gabriella
3-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ	38	1	1	73,00	0,00	0,00	1	30/08/20		Gabriella
4-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	73,00	0,00	0,00	1	30/08/20		Gabriella
5-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ	45	1	1	73,00	0,00	0,00	1	30/08/20		Gabriella
6-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ	47	1	1	73,00	0,00	0,00	1	30/08/20		Gabriella
7-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
8-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
9-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
10-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
11-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
12-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
13-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
14-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
15-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
16-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
17-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
18-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
19-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
20-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
21-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
22-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
23-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
24-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
25-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
26-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
27-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
28-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
29-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
30-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
31-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
32-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
33-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
34-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
35-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
36-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
37-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
38-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
39-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
40-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
41-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
42-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
43-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
44-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
45-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
46-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
47-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
48-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
49-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
50-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
51-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
52-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
53-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
54-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
55-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
56-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
57-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
58-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
59-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
60-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
61-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
62-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
63-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
64-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
65-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
66-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
67-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
68-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
69-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
70-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
71-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
72-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
73-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
74-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
75-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
76-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
77-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
78-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
79-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
80-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
81-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
82-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
83-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
84-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
85-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
86-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
87-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
88-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
89-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
90-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
91-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
92-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
93-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
94-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
95-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
96-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
97-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
98-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
99-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
100-00	0820100859	EXODONTIA DE RAIZ										

43-Data Prevista 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
438,00

47-Valor Total R\$
10,00

48-Total Franchisa / 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) 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

30/08/2018

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

30/08/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

30/08/2018

53-Data, local e Contrato da Empresa

30/08/2018

30/08/2018 12:00
SISTEMA 3.1/03



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360847
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/08/12/01

4-Data de Autorização
12/01/08/12/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7805431

7-Data Validade da Senha
11/08/11/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025271948000001016

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
GABRIELLA CORREA SALES

14-Telefone
(1311) 998713255

15-Nome do titular do plano
ROGER DANIEL CORREA SALES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

21-UF
MG

22-UF
MG

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11106106486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-UF
MG

27-Código CBO S

28-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-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	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
1144,00

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
12/01/08/12/01

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/01/08/12/01

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/01/08/12/01

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

54-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

55-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

56-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

57-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

58-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

59-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

60-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

61-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

62-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

63-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

64-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

65-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

66-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

67-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

68-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

69-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

70-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

71-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

72-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

73-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

74-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

75-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

76-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

77-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

78-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

79-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

80-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

81-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

82-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

83-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

84-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

85-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

86-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

87-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

88-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

89-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

90-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

91-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

92-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

93-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

94-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

95-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

96-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

97-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

98-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

99-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

100-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

101-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

102-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

103-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

104-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

105-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

106-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

107-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

108-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

109-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

110-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

111-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

112-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

113-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

114-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

115-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

116-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

117-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

118-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

119-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

120-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

121-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

122-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

123-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

124-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

125-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

126-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

127-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

128-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

129-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

130-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

131-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

132-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

133-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

134-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

135-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

136-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

137-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

138-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

139-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

140-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

141-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

142-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

143-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

144-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

145-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

146-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

147-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

148-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

149-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

150-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

151-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

152-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

153-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

154-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

155-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

156-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

157-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

158-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

159-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

160-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

161-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

162-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

163-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

164-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

165-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

166-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

167-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

168-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

169-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

170-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

171-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

172-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

173-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

174-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

175-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

176-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

177-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

178-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

179-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

180-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

181-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

182-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

183-Data, local e Carimbo da Empresa
12/01/08/12/01

184-Data, local e Carimbo da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360848
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/081120	4-Data de Autorização 12/09/081120	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805457	7-Data Validade da Senha 11/08/111120
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 0002025271914800000101016	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/111120	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIELLA CORREA SALES	14-Telefone (1311) 9987132515	15-Nome do titular do plano ROGER DANIEL CORREA SALES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1110606486001	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	26-UF MG	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO								

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor										
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00										
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	61,00	0,00										
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			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$			48-Total Franquia / Co-participação R\$			

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1122,00	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), 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 29/10/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/08/20
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Fátima Pólo, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SP - A.G.O.A.S - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360852
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 12/09/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805483	7-Data Validade da Senha 11/08/11
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
8-Número da Carteira 0102025271948000001016			9-Data Validade da Carteira 11/08/11		
13-Nome GABRIELLA CORREA SALES			14-Teléfono (131) 998713255		
15-Atendimento a RN ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA			16-Data Validade da Carteira 11/08/11		
17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			18-Número no CRO 44158		
21-Código na Operadora / CNUJ / CPF 11106106486011			22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			26-Número no CRO 44158		
27-Número no CRO 44158			28-UF MG		
29-Código CBO S 04			30-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 92001286-48		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd
1- 0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7 3 1 0 0 0 0 0 0 0
2- 0 0 8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	3 6 1 0 0 0 0 0 0 0	
3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
9- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
10- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
11- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
12- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
13- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
14- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
15- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1					
43-Data Prescrição Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					

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 assinar este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/08/2008

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/08/2008

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/08/2008

53-Data, local e Contributo da Empresa
29/08/2008

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



345924
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/11/07/12/0

4-Data de Autorização
13/11/07/12/0

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7736376

7-Data Validade da Senha
12/11/10/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/02/5211855001793011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GENIVALDO DIONISIO PEREIRA

23/09/1982

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
GENIVALDO DIONISIO PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancionamento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

25 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-13

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clif	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1-0	0	85200166	13	1	1	258,00	0,00		31/07/20			Genivaldo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista 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

1258,00

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
31/11/07/12/0

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
31/11/07/12/0

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
31/11/07/12/0 Genivaldo

53-Data, local e Cartão da Empresa
31/11/07/12/0 Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 30730-049

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

35.782.845/0001-01

SETE LACOS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



335731
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/2017	4-Data de Autorização 13/07/2017	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689447	7-Data Validade da Série 10/05/2017
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00020252118550021116011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
13-Nome GILMAR ALVES DE ANDRADE			13/10/1977	14-Telefone () - - - - -	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNUJ / CPF 111060648601	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES (UF) 85200166-35	025 - Faturar Empresa Enviar - RX	
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 1-0085200160	32-Descrição TRATAMENTO ENDODONTICO	33-Dente Região 35	34-Face 1	35-Qtd 2	36-Quantidade US 5800
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Prescrição 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 25800					
47-Valor Total R\$ 10000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/09/17/129					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/09/17/129					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/09/17/129					
53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/09/17/129					

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA

Rua Floriano Peixoto, 17
Bairro Centro - CEP. 3570
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018		4-Data de Autorização 12/11/2018		5-Serinha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7772706		7-Data Validade da Serinha 10/11/2018	
Dados do Beneficiário				8-Plano POS REDE PRESTADORA				9-Data Validade da Serinha 10/11/2018			
8-Número da Carteira 100202521185500211601				10-Telefone () - - - - -				11-Data Validade da Carteira 10/11/2018			
13-Nome GILMAR ALVES DE ANDRADE				14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano GILMAR ALVES DE ANDRADE			
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		21-Data Validade da Serinha 10/11/2018	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		26-Data Validade da Serinha 10/11/2018	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S		30-Data Validade da Serinha 10/11/2018		31-Data Validade da Serinha 10/11/2018	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Qtd	
1-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		13		V		1	
2-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		16		V		1	
3-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		23		V		1	
4-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		24		V		1	
5-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
6-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
7-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
8-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
9-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
10-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
11-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
12-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
13-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
14-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
15-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
16-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
17-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
18-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
19-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
20-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
21-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
22-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
23-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
24-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
25-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
26-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
27-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
28-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
29-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
30-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
31-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
32-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
33-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
34-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
35-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
36-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
37-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
38-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
39-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
40-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
41-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
42-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
43-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
44-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
45-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
46-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
47-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
48-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
49-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
50-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
51-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
52-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
53-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
54-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
55-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
56-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
57-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
58-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
59-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
60-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
61-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
62-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
63-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
64-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
65-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
66-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
67-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
68-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
69-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
70-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
71-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
72-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
73-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
74-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
75-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
76-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
77-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
78-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
79-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
80-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
81-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
82-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
83-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
84-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
85-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
86-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
87-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
88-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
89-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
90-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
91-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
92-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
93-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
94-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
95-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
96-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
97-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
98-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
99-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
100-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
101-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
102-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
103-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
104-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
105-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
106-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
107-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
108-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
109-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
110-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
111-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
112-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
113-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
114-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
115-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
116-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
117-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
118-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
119-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
120-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
121-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
122-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
123-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
124-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
125-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
126-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
127-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
128-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
129-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
130-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
131-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
132-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
133-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
134-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
135-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
136-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
137-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
138-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
139-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
140-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
141-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
142-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
143-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
144-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
145-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
146-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
147-000		85100196		RESTAURAÇÃO RESINA		25		V		1	
148-000											



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



357683
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/2018

4-Data de Autorização
13/07/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7791073

7-Data Validade da Senha
11/04/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202521185500118402

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/07/2019

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
GREICY DA SILVA ANDRADE LACERDA

16/08/1990

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
RAFAEL LACERDA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO
44158

19-UF
MG

20-Código CBO S
04

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES
(1) 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 Reajibo	34-Face	35-Clid	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,8	10,00	0,00	1	30/08/2018			
2-0-0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6,1	10,00	10,00	1	30/08/2018			
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Fim do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
11/06/2018		1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		1-1-Total 2-Parcial		1149,00	

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

357683
357683645/0001-60

CLÍNICA ODONTOMASTER

CLÍNICA ODONTOMASTER

CLÍNICA ODONTOMASTER

CLÍNICA ODONTOMASTER

CLÍNICA ODONTOMASTER

CLÍNICA ODONTOMASTER

364722
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824462	7-Data Validade da Serina 12/04/2019			
Dados do Beneficiário			9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 12/06/2018			
8-Número da Carteira 100202531372500000103			12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome GUILHERME GONCALVES ARAUJO			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano KELVIN IGOR JUNIO CAETANO BARRETO				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento								
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNU / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES				
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados								
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-008100030	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente Região 1	34-Face 1	35-Qtd 34	36-Quantidade US 000			
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								
7-								
8-								
9-								
10-								
11-								
12-								
13-								
14-								
15-								
43-Data Prescrição Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 1000			
48-Valor Total Franquia / Co-participação R\$ 1000								
49-Observação								
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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, as valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.								
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/08/2018						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/2018	53-Data, local e Contributo da Empresa 29/08/2018

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

JESSICA BARBOSA LIMA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-048

SETE LAGOAS - MG

35.782.845/0001-35



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



341592
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2017	4-Data de Autorização 10/11/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7715711	7-Data Validade da Senha 11/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 002025211855000219011	5-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2018	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome HEITOR EDUARDO GOTT	29/09/1968	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano HEITOR EDUARDO GOTT
--------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	18-Número no CRO 44158
	23-Número no CRO 44158
	27-Número no CRO 44158
	28-UF MG
	29-Código CBO S
	19-UF MG
	20-Código CBO S 04
	24-UF MG
	25-Código CNES Enviar - RX (UF) 85400262-11

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clf	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085400262	PINO PRE-FABRICADO	11	1	1	18,00	0,00		10/11/2018	20		
2-0	085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	11	1	1	54,00	0,00		10/11/2018	20		
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/2018	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totai 2-Fractal	46-Totai Quantidade US 1272,00	47-Valor Totai R\$ 10,00	48-Totai Franquia / Co-participação R\$ 10,00
--	---	---	-----------------------------------	-----------------------------	--

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) 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 responsável, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2018
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-0
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



360701
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/12/01	4-Data de Autorização 13/01/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7804734	7-Data Vencimento da Senha 11/08/11/11/12/01
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010201252118550010103011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/12/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome JAIME PACHECO	29/07/1979	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JAIME PACHECO
--------------------------	------------	------------------------------	--

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 CRO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11101606486011	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 CRO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Moeda da Cota	42-Assinatura
1-0101811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				13/01/08/12/01		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11/11/12/01	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 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, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/01/08/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/01/08/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/01/08/12/01	53-Data, local e Contributo da Empresa 13/01/08/12/01
---	---	---	--

35.782.845/0001-60

CLINICA ODONTOMASTER

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

CPF: 000.000.000-00

000.000.000-00

000.000.000-00

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365529
INTERCÂMBIO

1-Rogério ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/7/08

4-Data de Autorização
12/9/08

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7828178

7-Data Validade da Série
12/5/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

000202521185500053402

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira

12/5/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JACQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES

20/10/1982

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

MICHAEL DE OLIVEIRA PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO

44158

19-UF

MG

20-Código CBO S

04

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNDJ / CPF

1110610648601

22-Nome do Contratado Excusante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO

44158

24-UF

MG

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Excusante

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

1-0085100200

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dente Região

46 OM

34-Face

1

35-Qtd

1

36-Quantidade US

88,00

37-Valor

0,00

38-Franquia/Co-participação R\$

529,00

39-Aut

40-Data de Realização

12/08/2008

41-Moite da Glosa

42-Assinatura

Jessica Barbosa

43-Data Previsto Término do Tratamento

1/1/11

44-Tipo de Atendimento

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

88,00

47-Valor Total R\$

0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

529,00

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 pagar, em 12 parcelas mensais, o valor de R\$ 529,00 (quinhentos e vinte e nove reais e 00/100) referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-010

SETE LAGOAS - MG

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

12/08/2008

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/08/2008

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário - Responsável

12/08/2008

53-Data, local e Carimbo da Empresa

12/08/2008

1-Registro ANS
4064143-Data de Emissão da Guia
10/09/20184-Data de Autorização
12/11/20185-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
77727227-Data Validade da Senha
10/07/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202521185500926029-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JEANNE GOMES PEREIRA GONCALVES

01/12/1986

14-Telefone
() - - - - -15-Nome do titular do plano
LEANDRO MARCIO GONCALVES DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11060648601122-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO23-Número no CRO
4415824-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO27-Número no CRO
4415828-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realiz	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Assinatura
1	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	12/11/2018	20	JEANNE
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	12/11/2018	20	JEANNE
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	12/11/2018	20	JEANNE
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,6	10,0	0,0	0,0	12/11/2018	20	JEANNE
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Tipo de Faturamento												
47-Valor Total R\$												
48-Valor Total R\$												
49-Observação												

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/2018/2018 JB51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/2018/2018 JB52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
12/11/2018/2018 JEANNE53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/2018/2018

35767845/00016

CLINICA ODONTOMASTER

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Rua Francisco Pinheiro, 129

Bairro Centro - CEP: 55700-015

LAGOAS - MA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



349818
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 00/20/08/20	4-Data de Autorização 13/10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754499	7-Data Validade da Senha 31/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500127601	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 JEFFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano JEFFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação 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 1110160648601	22-Nome do Contratado Excedente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Excedente 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-Dias de Realização	41-Moeda da Glosa	42-Valor
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		5113	08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/08/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 13/10/08/20
--	--	--	---

35.702.845/0001-60

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA

Rua Flávio Paixão, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
Belo Horizonte - MG



[REDACTED]

353654
INTERC

OFFICE - 176095

2-N³

Dados do Beneficiário

13-NORME

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

26-Nome do Profissional Exercente	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO's
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

2. 

3.

[illegible]

5.

0 -

7 -

1	2	3	4	5	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

9. 

[illegible][illegible]

13

[illegible][illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	11/11
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
	1-Total 2-Parcial
	8800

[illegible]

Observação	referentes ao tratamento realizado, comprometendo-se a arcar com os custos conforme previsto em contrato.
	UNIMOT BARBOSA LTDA RUA BARBOSA Nº 79

Rua Floriano Peixoto, 145
Cidade - CEP: 50700-445
Cidade - Recife - Pernambuco

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dados, local e Assinatura do Responsável pelo Pagamento
11/13/10 08/11/2011	11/13/10 08/11/2011	11/13/10 08/11/2011	11/13/11 01/01/11

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



353652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 8/12/01	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772640	7-Data Validada da Guia 10/17/11 1/2/01
--------------------------	---	--	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 1002020521185500017402		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validada da Carteira 11/1/11/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JENNIFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano CLEZIO GERALDO DIAS			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	
27-Número no CRO 44158		28-UF MG		29-Código CBO S							

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	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-	0081010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	13/10/2011	
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											
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 profissionais assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional responsável pelo 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 Cartão da Empresa

54-Data, local e Cartão da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nº



365303
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

3-Data de Emissão da Guia

27/10/2012

4-Data de Autorização

29/10/2012

5-Serinha

AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal

7826923

7-Data Validade da Serinha

25/11/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

00202531667300000102

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JESSICA SILVA TOLENTINO

30/10/1994

14-Telefone

(99) 9981-6883

15-Nome do Titular do Plano

FERNANDA SILVA TOLENTINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aprendimento a RN

ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

18-Número no CRO

44158

19-UF

MG

20-Código CBO S

04

225 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

110606486011

22-Nome do Contratado Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO

44158

24-UF

MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO

44158

28-UF

MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

CONSULTA ODONTOLÓGICA

32-Descrição

CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glosa

42-Natureza

1-0008100030

2-00085300047

3-00085300047

4-00085300047

5-00085300047

6-00085300047

7-00085300047

8-00085300047

9-00085300047

10-00085300047

11-00085300047

12-00085300047

13-00085300047

14-00085300047

15-00085300047

16-00085300047

17-00085300047

18-00085300047

19-00085300047

20-00085300047

21-00085300047

22-00085300047

23-00085300047

24-00085300047

25-00085300047

26-00085300047

27-00085300047

28-00085300047

29-00085300047

30-00085300047

31-00085300047

32-00085300047

33-00085300047

34-00085300047

35-00085300047

36-00085300047

37-00085300047

38-00085300047

39-00085300047

40-00085300047

41-00085300047

42-00085300047

43-00085300047

44-00085300047

45-00085300047

46-00085300047

47-00085300047

48-00085300047

49-Observação

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

29/10/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

29/10/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

29/10/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa

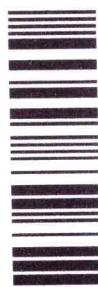
29/10/2012

clínica Odontológica
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 37000-000
SETE LACOS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



357676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/06/2018

4-Data de Autorização
12/08/2018

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7791050

7-Data Validade da Senha
11/04/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020125211855001246011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JONATHAN SOARES GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
111016064860111111

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-UF
MG

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

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-	001	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
2-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
3-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
4-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
5-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
6-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
7-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
8-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
9-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
10-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
11-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
12-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
13-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
14-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
15-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
16-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
17-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
18-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
19-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
20-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
21-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
22-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
23-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
24-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
25-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
26-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
27-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
28-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
29-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
30-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
31-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
32-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
33-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
34-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
35-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
36-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
37-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
38-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
39-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
40-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
41-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
42-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
43-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
44-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
45-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
46-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
47-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
48-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
49-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
50-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
51-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
52-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
53-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
54-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
55-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
56-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
57-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
58-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
59-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
60-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
61-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
62-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
63-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
64-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
65-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
66-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
67-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
68-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
69-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
70-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
71-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
72-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
73-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
74-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
75-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
76-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
77-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
78-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
79-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
80-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
81-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
82-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
83-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
84-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
85-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
86-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
87-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
88-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
89-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
90-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
91-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
92-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
93-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
94-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
95-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
96-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
97-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
98-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
99-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan
100-	001	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	3,6	0,00	0,00	S	28/08/2018		Jonathan

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/08/2018



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/2017		4-Data de Autorização 13/01/2017		5-Serão AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7692482		7-Data Validade da Senha 10/06/2017					
Dados do Beneficiário						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/17		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JOSE ELIMAR VALGAS DA COSTA						24/05/1991		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JOSE ELIMAR VALGAS DA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Ancientamento a FN 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 Enviar - RX (IF) 85400262-15					
21-Código na Operadora / CNO / CPF 111060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158		24-UF MG		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
27-Número no CRO 44158												28-UF MG		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US			
1-0		085400262		PINO PRE-FABRICADO		15		1		118		00			
2-															
3-															
4-															
5-															
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-															



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



360676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08	4-Data de Autorização 13/01/08	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7804730	7-Data Validade da Senha 11/08/11
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 000202152118500135002		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome JOSIELE DA CONCEICAO RODRIGUES PAIXAO			14-Telefone () - - - - -		
16-Atendimento a RV ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA			18-Número no CRO 44158		
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 (I) 85100200 (II) 85100200		
30-Tabela			31-Código do Procedimento		
32-Descrição			33-Dente Região		
34-Fase			35-Clid		
36-Quantidade US			37-Valor		
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut		
40-Data de Realização			41-Motivo da Glosa		
42-Assinatura			43-Data Prevista Término do Tratamento		
44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento		
46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		
48-Total Franquia / Co-participação R\$			49-Observação		

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante
30/08/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
30/08/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
30/08/11

53-Data, local e Contributo da Empresa
30/08/11

54-Data, local e Assinatura 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

35.782.845/0001-60

CLINICA ODONTOMASTER LTDA

JESSICA BARBOSA LTDA

Rua Fiorano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-040

SETE LAGOAS - MG

[illegible]353682
INTERC

1-Registro: ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/9/10 8/12/10	4-Dia de Autorização 12/11/10 8/12/10	5-Semana AUTORIZADO	7772699	10/7/11 1/12/10
---------------------------	---	--	------------------------	---------	-----------------

Dados do Beneficiário										90-Plano									
8-Número da Carteira										POS REDE PRESTADORA									
10	0	2	0	2	5	2	1	1	8	5	5	0	0	2	0	7	6	0	1
13-Nome										15/03/1981									
JULIO CESAR DE PAULA																			
10-Empresa										11-Dia Validade da Carteira									
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA																			
14-Telefone										12-Número do Cartão									
15-Nome do titular do plano																			
JULIO CESAR DE PAULA																			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	20-Código CBO S
N	ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	44158	04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		23-Número no CRO	25-Código CNES
111101606418601	22-Nome do Contratado Executante	44158	
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		24-UF	
		MG	
26-Nome do Profissional Executante		27-Número no CRO	29-Código CBO S
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41 - Motivo da Glosa / 42-Assinatura
1- 0 0 8 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	2 1 0 8 1 20	
2- _____											
3- _____											
4- _____											
5- _____											
6- _____											
7- _____											
8- _____											
9- _____											
10- _____											
11- _____											
12- _____											
13- _____											
14- _____											
15- _____											
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 3 4 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 	

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

49-Observação

15/08/2015 15:45:00

 15/08/2015 15:45:00

100

impresa

[illegible][illegible]

5000-1-50



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



364760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/10 8/12/01	4-Data de Autorização 12/9/10 8/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 7824636	7-Data Validada da Senha 12/4/11 1/12/01
Dados do Beneficiário			8-Numero da Carteira 01020252111855002076011		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome JULIO CESAR DE PAULA			14-Telefone () - - - - -		
15-Data Validada da Carteira 15/03/1981			15-Nome do titular do plano JULIO CESAR DE PAULA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		18-Numero no CRO 44158	
19-UF MG		20-Código CBO S 04		21-Data Validada da Senha 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 1110606486011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Numero no CRO 44158	
24-UF MG		25-Código CNES (1) 85100200		26-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- Tabela 31-Código do Procedimento 1-0085100200	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente Região 25	34-Face OD	35-Qtd 1	36-Quantidade US 8800
37-Valor 529,08/20	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut S	40-Data de Realização 29/08/20	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura	43-Data Prescrição Termino do Tratamento
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 8800					
47-Valor Total R\$ 10,10					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
29/08/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
29/08/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
29/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/08/20

54-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

55-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

56-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

57-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

58-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

59-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

60-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

61-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

62-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

63-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

64-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

65-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

66-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

67-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

68-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

69-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

70-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

71-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

72-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

73-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

74-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

75-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

76-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

77-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

78-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

79-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

80-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

81-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

82-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

83-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

84-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

85-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

86-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

87-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

88-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

89-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

90-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

91-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

92-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

93-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

94-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

95-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

96-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

97-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

98-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

99-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20

100-Data, local e Carimbo do Plano de Saúde
29/08/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



364773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2018	4-Data de Autorização 12/09/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7824650	7-Data Validade da Senha 12/04/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025211855002076011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIO CESAR DE PAULA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Data Validade da Guia 15/03/1981					
16-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA					
17-Nome do Profissional Solicitante N					
18-Número no CRO 44158					
19-UF MG					
20-Código CBO S 04					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110161064816011					
22-Nome do Contratado Exequiente JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
23-Número no CRO 44158					
24-UF MG					
25-Código CNES 25-025- Faturar Empresa					
26-Nome do Profissional Exequiente 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
1-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36-Quantidade US	37-Valor
2-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut
3-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
4-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	42-Assinatura	
5-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
6-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-000185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Data Prevista 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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/08/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/08/2018
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO Rua Flotiano Fagundes, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-000 SETE LAGOAS - MG			

35.782.845/0001-60
CLINICA ODONTOLÓGICA



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



353698
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/09/2018

4-Data de Autorização
12/11/2018

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7772727

7-Data Validade da Série
10/11/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
100202521185500005105

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
JUNYA LORRANA COELHO MOREIRA

12/05/1999

14-Telefone
(131) 377217113

15-Nome do titular do plano
JUNIOR CESAR MOREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N
17-Nome do Profissional Solicitante
ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
11106064860111
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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	1	21/11/2018		Junya C
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	21/11/2018		Junya C
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	1	21/11/2018		Junya C
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	1	21/11/2018		Junya C
5-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	1	21/11/2018		Junya C
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	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/18	1-1 Tratamento Odontológico	1-1 Total 2-Parcial	1178,00	0,00	0,00							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em 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
21/11/2018
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
21/11/2018
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
21/11/2018
53-Data, local e Contributo da Empresa
21/11/2018

35782845/0001-00

CLINICA ODONTOMASTER

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

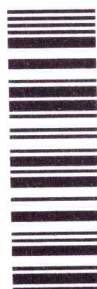
CPF: 08700000-00

SETELAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



349788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/3/10 8/12/10	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754433	7-Data Validada da Serina 13/1/10 10/12/10
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 1002025211855002059111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validada da Carteira 1/1/10 1/1/10
13-Nome KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS			01/08/1989	14-Telefone () - - - - -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	16-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110160648601	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	025 - Faturar Empresa	
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-Clid
1-00	01810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1
2-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
3-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
4-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
5-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
6-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
7-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
8-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
9-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
10-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
11-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
12-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
13-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
14-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
15-00	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
43-Dias Prévistos Termino do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-Participação R\$					
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 Contribuição da Empresa					

353642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/09/2018

4-Data de Autorização
11/03/2018

5-Será Autorizado
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7772585

7-Data Validade da Sentença
10/07/2018

353642
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1002021521185500205911

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/2018

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS

13-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento
01/08/1989

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
WANDERSON SOARES DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação 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
1110606486011

22-Nome do Contratado Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

23-Número no CRO
44158

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-Número no CRO
44158

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Autor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,00	0,00	0,00	S	13/08/2018		
2-0	0182000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47	1	1	73,00	0,00	0,00	S	13/08/2018		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

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

46-Total Quantidade US
146,00

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 o valor da prestação de serviço prestada pelo 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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/03/2018/2018

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/03/2018/2018

53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/03/2018/2018

Clinica Odontologica
35.782.845/0001-60



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353643
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 18/12/10	4-Data de Autorização 11/03/10 18/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772587	7-Data Validade da Senha 10/17/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 2 0 5 9 1 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/10	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS	01/08/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano WANDERSON SOARES DA 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 Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Realço	34-Face	35-Clr	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 1 0 0 2 0 0	24	OD	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0		11/03/10 18/12/10	16/10/11		
2	0 0	8 5 1 0 0 2 0 0	25	OD	1	8 8 1 0 0	0 0 0 0		11/03/10 18/12/10	16/10/11		
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	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Observação						
11/11/11	1	1	1 7 6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0							

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar, com os meus recursos, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Rua Floriano Peixoto, 129

JESSICA BARBOSA LTDA
CLINICA ODONTOLÓGICA

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/31/10 18/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/13/10 18/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/13/10 18/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/13/10 18/12/10
--	--	--	--

Sete Lagoas - MG

[illegible]353644
INTERC

U.S. DEPARTMENT OF
COMMERCE
BUREAU OF
ECONOMIC ANALYSIS

SEITE LAGOS-176



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



360865
INTERCÂMBIO

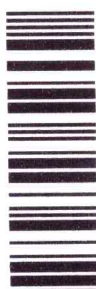
1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/018/12/01	4-Data de Autorização 13/01/018/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805577	7-Data Validade da Semeta 11/8/11/1/2/01
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA		
9-Número da Carteira 010202521185500205911			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
13-Nome KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS			11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/2/01		
12-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 01/08/1989			15-Nome do titular do plano WANDERSON SOARES DA COSTA		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLÓGICA		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110616486011			22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		
25-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			18-Número no CRO 44158		
			19-UF MG		
			20-Código CRO S 04		
			23-Número no CRO 44158		
			24-UF MG		
			25-Código CNES Enviar - RX		
			26-UF MG		
			27-Número no CRO 44158		
			28-UF MG		
			29-Código CRO S (1) 85100200 (1) 85100200		
30-Tabela			31-Código do Procedimento		
32-Descrição			33-Dente Região		
34-Face			35-Qtd		
36-Quantidade US			37-Valor		
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut		
40-Data de Realização			41-Motivo da Clipse		
42-Assinatura			43-Assinatura		
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			47-Valor Total R\$		
48-Total Franquia / Co-participação R\$			49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 30/08/2010			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 30/08/2010		
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/2010			53-Data, local e Cartão da Empresa 30/08/2010		
54-Data, local e Assinatura do Contratado 30/08/2010			55-Data, local e Assinatura do Contratado 30/08/2010		

35.782.845/0001-10
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG

326025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/2016		4-Data de Autorização 16/08/2016		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7641985		7-Data Validade da Sentença 16/08/2019	
Dados do Beneficiário						8-Número da Carteira 000202521185500135303		9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KAUA SOARES DA SILVA						21/02/2014		14-Telefone ()		11-Data Validade da Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Alimentação a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG		20-Código CBO S 04		15-Nome do titular do plano FABIO JUNIO PEREIRA DA SILVA	
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		Faturar Empresa	
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-Fase		35-Qtd	
1-00		181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		1		34000	
2-00		184000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		1		72000	
3-00		181000014		CONDICIONAMENTO EM		1		1		70000	
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											
43-Data Prevista Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 117600		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaração: 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 responsável e a pagar os valores 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, 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 16/08/2016		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/2016		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/2016		53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/08/2016		54-Data, local e Carimbo do Profissional Responsável 16/08/2016			

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMAFARM. FORTIANO PEREIRA, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-018
SETE LAGOAS - MG

326026
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/2016	4-Data de Autorização 11/08/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7641986	7-Data Validade da Serina 11/09/2016
Dados do Beneficiário			8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2016
8-Número da Carteira 101020215211855001135303			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome KAUA SOARES DA SILVA					
14-Teléfono (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano FABIO JUNIO PEREIRA DA 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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111016064816011			22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG
25-Código CNES (1) 85100226			26-Código CBO S		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
27-Número no CRO 44158					
28-UF MG					
29-Código CBO S					
30-Franchisa/Co-participação R\$					
31-Valor 0,00					
32-Franchisa/Co-participação R\$					
33-Valor 0,00					
34-Valor 0,00					
35-Valor 0,00					
36-Valor 0,00					
37-Valor 0,00					
38-Valor 0,00					
39-Valor 0,00					
40-Valor 0,00					
41-Valor 0,00					
42-Valor 0,00					
43-Valor 0,00					
44-Valor 0,00					
45-Valor 0,00					
46-Valor 0,00					
47-Valor 0,00					
48-Valor 0,00					
49-Valor 0,00					
50-Valor 0,00					
51-Valor 0,00					
52-Valor 0,00					
53-Valor 0,00					
54-Valor 0,00					
55-Valor 0,00					
56-Valor 0,00					
57-Valor 0,00					
58-Valor 0,00					
59-Valor 0,00					
60-Valor 0,00					
61-Valor 0,00					
62-Valor 0,00					
63-Valor 0,00					
64-Valor 0,00					
65-Valor 0,00					
66-Valor 0,00					
67-Valor 0,00					
68-Valor 0,00					
69-Valor 0,00					
70-Valor 0,00					
71-Valor 0,00					
72-Valor 0,00					
73-Valor 0,00					
74-Valor 0,00					
75-Valor 0,00					
76-Valor 0,00					
77-Valor 0,00					
78-Valor 0,00					
79-Valor 0,00					
80-Valor 0,00					
81-Valor 0,00					
82-Valor 0,00					
83-Valor 0,00					
84-Valor 0,00					
85-Valor 0,00					
86-Valor 0,00					
87-Valor 0,00					
88-Valor 0,00					
89-Valor 0,00					
90-Valor 0,00					
91-Valor 0,00					
92-Valor 0,00					
93-Valor 0,00					
94-Valor 0,00					
95-Valor 0,00					
96-Valor 0,00					
97-Valor 0,00					
98-Valor 0,00					
99-Valor 0,00					
100-Valor 0,00					

Dados do Beneficiário

13- Nome	KETHELY LORRANY
14- Telefone	() - - - - - 14/03/1995
15- Nome do titular do piano	PAULO HENRIQUE DE CASTRO FERR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	11060648601
22-Nome do Contratado Exatidão	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
23-Número no CRO	44158
24-UF	MG
25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-27

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e a pagar o valor acordado, 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 o valor acordado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

☐ Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

☐ 1-Única 2-Parcial

35.782.845/0001-66

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	
30/08/16	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
30/08/16	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
30/08/16	
53-Data, local e Caminho da Entrega	
30/08/16	Piedade Floriano Peixoto, 139 Bairro - Centro - Fátima - São Paulo - SP

ciencia o por lo que

John A. McGowan

53-Data, local e Carimbo da Empresa

1. *Chlorophyll a* (Chl a) and *Chlorophyll b* (Chl b) are the primary photosynthetic pigments in green plants. They are responsible for capturing light energy and converting it into chemical energy through the process of photosynthesis. Chl a is the most abundant pigment, while Chl b is present in smaller amounts. Both pigments absorb light most efficiently in the blue and red regions of the visible spectrum.

三、三、 三、

Figure 1

[illegible]353696
INTERC

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/9/10 8/2/0	4-Data de Autorização 12/1/10 8/2/0	5-Senhia AUTORIZADO	6-Número da Guia e tempo 7772725	10/7/11 1/2/0
--------------------------	--	--	------------------------	-------------------------------------	---------------

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 0 5 1 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira ___/___/___	12-Número do Cartão N
--	---	---	--	------------------------------

13 Nome	07/01/2002	14 Idade	JUNIOR CESAR MOREIRA DA SILVA
KLIVYA JORDANNA COELHO MOREIRA	(13 1)	3 7 7 2 17 1 1 3	

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	25-Código CNES
025 - Faturar Empresa	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado / Executante	23-Código do Município	24-Código do Estado	25-Código do País
111060648601	JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG	
26-Nome do Profissional / Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	44158	MG		

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

[illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

A blank bar chart template. The vertical axis is labeled from 0 to 100 in increments of 10. The horizontal axis is divided into 100 equal segments, with a vertical line at the 50% mark.

7.

1	2	3	4	5	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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
			134000	0

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

Declaro, que após ter lido o procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), folio(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Opetadora a pagar, em nome do(a) contratado(a), o valor de R\$ 1.000,00 (um mil e nada reais) referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

439-Observed χ^2_{red}

52. Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53. Data, local e Contributo da Empresa
--	---

[illegible]

100

Вопросы:



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353697
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2018	4-Data de Autorização 12/11/2018	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772726	7-Data Validade da Serinha 10/7/2019
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 01020252118550005104		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		
11-Data Validade da Carteira 11/11/11			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome KLIVYA JORDANNA COELHO MOREIRA			14-Telefone (131) 377217113		
15-Data Validade da Serinha 07/01/2002			16-Telefone (131) 377217113		
17-Data Validade da Serinha 07/01/2002			18-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
19-Data Validade da Serinha 07/01/2002			20-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
21-Data Validade da Serinha 07/01/2002			22-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
23-Data Validade da Serinha 07/01/2002			24-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
25-Data Validade da Serinha 07/01/2002			26-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
27-Data Validade da Serinha 07/01/2002			28-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
29-Data Validade da Serinha 07/01/2002			30-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
31-Data Validade da Serinha 07/01/2002			32-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
33-Data Validade da Serinha 07/01/2002			34-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
35-Data Validade da Serinha 07/01/2002			36-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
37-Data Validade da Serinha 07/01/2002			38-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
39-Data Validade da Serinha 07/01/2002			40-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
41-Data Validade da Serinha 07/01/2002			42-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
43-Data Validade da Serinha 07/01/2002			44-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
45-Data Validade da Serinha 07/01/2002			46-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
47-Data Validade da Serinha 07/01/2002			48-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
49-Data Validade da Serinha 07/01/2002			50-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
51-Data Validade da Serinha 07/01/2002			52-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
53-Data Validade da Serinha 07/01/2002			54-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
55-Data Validade da Serinha 07/01/2002			56-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
57-Data Validade da Serinha 07/01/2002			58-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
59-Data Validade da Serinha 07/01/2002			60-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
61-Data Validade da Serinha 07/01/2002			62-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
63-Data Validade da Serinha 07/01/2002			64-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
65-Data Validade da Serinha 07/01/2002			66-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
67-Data Validade da Serinha 07/01/2002			68-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
69-Data Validade da Serinha 07/01/2002			70-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
71-Data Validade da Serinha 07/01/2002			72-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
73-Data Validade da Serinha 07/01/2002			74-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
75-Data Validade da Serinha 07/01/2002			76-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
77-Data Validade da Serinha 07/01/2002			78-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
79-Data Validade da Serinha 07/01/2002			80-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
81-Data Validade da Serinha 07/01/2002			82-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
83-Data Validade da Serinha 07/01/2002			84-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
85-Data Validade da Serinha 07/01/2002			86-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
87-Data Validade da Serinha 07/01/2002			88-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
89-Data Validade da Serinha 07/01/2002			90-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
91-Data Validade da Serinha 07/01/2002			92-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
93-Data Validade da Serinha 07/01/2002			94-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
95-Data Validade da Serinha 07/01/2002			96-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
97-Data Validade da Serinha 07/01/2002			98-Data Validade da Serinha 07/01/2002		
99-Data Validade da Serinha 07/01/2002			100-Data Validade da Serinha 07/01/2002		



Centro de Apoio à Pesquisa em Políticas Públicas

23

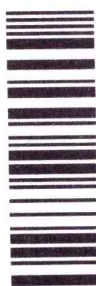
700-048

56



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353701
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/10 08:12:01	4-Data de Autorização 12/11/10 08:12:01	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772731	7-Data Validade da Serinha 10/11/11 11:21:01
Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA		9-Planos 05/08/2008	
8-Número da Carteira 10020252118550021561021		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome LUCAS FIGUEREDO DVRIES		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano EVANDRO CARLOS DVRIES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1110161064186011		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		23-Número no CRO 44158	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158		28-UF MG	
				29-Código CBO S 04	
				25-Código CNES Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	0811000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/11/10 08:12:01		Jessica
2-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/11/10 08:12:01		Jessica
3-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/11/10 08:12:01		Jessica
4-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/11/10 08:12:01		Jessica
5-00	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/11/10 08:12:01		Jessica
6-00			1	1	1				1			
7-00			1	1	1				1			
8-00			1	1	1				1			
9-00			1	1	1				1			
10-00			1	1	1				1			
11-00			1	1	1				1			
12-00			1	1	1				1			
13-00			1	1	1				1			
14-00			1	1	1				1			
15-00			1	1	1				1			
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Tratamento												
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(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, compondo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/10 08:12:01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/10 08:12:01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/10 08:12:01	53-Data, local e Contribuição da Empresa 12/11/10 08:12:01
--	--	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA FIGUEREDO DVRIES
Rua Floriano - Centro, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-010
SETE LACOS - MG

2-N^o35.782.845.001.00

Rua Floriano Peixoto, 125
bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG