



391808
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941806	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531975500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS		14-Telefone 05/04/1999	15-Nome do titular do plano LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/20		Luamar
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	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
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação

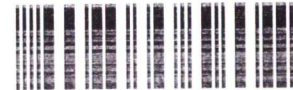
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20 JB	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20 Luamar	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/20
--	--	--	---

CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Cirurgiã Dentista
R. Sete Lagoas, 125
Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

391846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7941845	7-Data Validade da Senha 05/10/21
8-Número da Carteira 00202531975500000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
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 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158
24-UF MG		25-Código CNES (I) 82001286-18 (II) 82001286-28		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-Assin
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00			26/10/20		Sua
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00			26/10/20		Sua
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

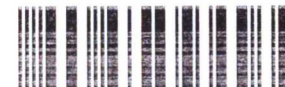
43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 722,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 26/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/20
---	---	---	---

SETE LAGOAS - MG



405838
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999587	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253197550000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUAMAR EVANGELISTA DE JESUS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Sua
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Sua
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Sua
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		Sua
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 por 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, 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 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Luamar	53-Data, local e Assinatura da Empresa 27/10/20
---	---	--	--

CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
27/10/20



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

405851
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 01/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8003526	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500155504	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 LUCAS ALEXANDRE ALVES DE MOURA	14-Telefone 12/11/2015	15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MOURA BARRADO ALVES
---	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, 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 01/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 01/11/20
---	---	---	--

Pairol Centro - CEP: 45700-000
SETE LAGOAS - RJ



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

394826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/2012	4-Data de Autorização 02/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7953873	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500038003	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 LUCAS DE ALMEIDA GUARANI SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIVANIO APARECIDO 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200	0,00			02/11/20		Luc
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00			02/11/20		Luc
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 10600	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação 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 a obrigação de pagar o profissional assistente e arcar com os custos p 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 profissional contratado que assinar esse documento, 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 02/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 02/11/2012
---	---	---	--

35.782,84
CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-043
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

407610
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/11/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8006964	7-Data Validade da Senha 26/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500207501	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 LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA	14-Telefone 18/11/1985	15-Nome do titular do plano LUCAS LOUZADA BARBOSA HORTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/11/2012		Lucas
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/11/2012		Lucas
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/11/2012		Lucas
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/11/2012		Lucas
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 obrigações do profissional e da clínica, 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, e não me responsabilizo, que assina esse documento 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 01/11/2012 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2012 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2012 Lucas	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2012
---	---	---	---





393764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 26/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7949767	7-Data Validade da Senha 07/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202531463200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS MARTINS DA SILVA		14-Telefone 23/07/1986	15-Nome do titular do plano LUCAS MARTINS DA SILVA		

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

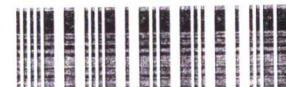
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00		26/11/2012		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00		26/11/2012		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00		26/11/2012		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00		26/11/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2012
---------------	---	---	---	---

35-792-04311
CLINICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Francisco Pólvora
Bairro Centro - CEP: 357
SETE LAGOAS - MG



406213
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data da Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001010	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500115203	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 LUCAS PEREIRA DE SOUZA		14-Telefone (31) 3771-5033	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO DE SOUZA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/10/20		Lucas
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/10/20		Lucas
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			30/10/20		Lucas
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/10/20		Lucas
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/10/20		Lucas
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 arcando com os custos do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assina este documento, 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 30/10/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20 Lucas P	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---	---	---	---

35.702.845/0001-11
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LT
Rua Floriano Peixoto, 12
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - N



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

389908
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934178	7-Data Válida da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531372500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCILENE BRITO GONCALVES	14-Telefone 04/07/1976	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 ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-18
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

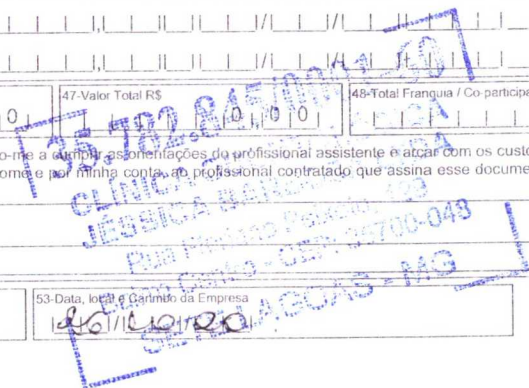
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	18		1	53300	0,00			26/10/20		Juca
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento 26/10/20	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 53300	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/10/20
---	---	---	--





401369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980878	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202531372500000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCILENE BRITO GONCALVES		14-Telefone 04/07/1976	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 ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	27/10/20		Lucil
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional odontológico assistente, os honorários 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 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTD.
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-04
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

376168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/09/20	4-Data de Autorização 28/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874891	7-Data Validade da Senha 14/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527759300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZ HENRIQUE RESENDE DA SILVA	14-Telefone (31) 3176-0661	15-Nome do titular do plano JADERLANE FERNANDES PEREIRA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-35
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35		1	258,00	0,00			28/09/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/09/20	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 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia/Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 28/09/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/20 J	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/20
---	---	---	---



401408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981062	7-Data Validação da Senha 19/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253114180000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAYCON SOARES DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS	14-Telefone 24/11/1992	15-Nome do titular do plano MAYCON SOARES 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/10/20		Magn
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 do contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, 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 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP
71600-000
SETE LAGOAS



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001379	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano		10-Empresa		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531141800000103		POS REDE PRESTADORA		MAYCON SOARES DA SILVA					
13-Nome MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS				14-Telefone 24/11/1992		15-Nome do titular do plano MAYCON SOARES DA SILVA			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assina
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/10/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 135,78
--	--	---	----------------------------------	------------------------------

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 por 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 assinou este documento, 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 30/10/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 30/10/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--



406323
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 31/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001418	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MAYCON SOARES DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MAGNUN FERNANDES DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAYCON SOARES 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assina
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00			31/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/20	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\$ 88,00	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 pr 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, 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 31/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/20
-------------------------------------	---	---	---	---



2 - N° Guia no Prestador

402270

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		4 0 2 2 7 0	
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado			
6 - Código na Operadora				44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0							
Dados do Recurso do Protocolo		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
8 - Número do Lote							
Dados do Recurso da Guia				16 - Beneficiário			
13 - Número da Guia no Prestador				00202521185500086801 - MARCELA CANDIDA BERNARDES			
3 3 5 7 2 0							
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora				15 - Status			
3 3 5 7 2 0				CONCLUÍDO			
17 - Código da Glosa da Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)					
Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região		22 - Face		27 - Código	
20 - Data de Realização do Procedimento		23 - Quantidade		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		26 - Descrição do Procedimento			
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora					
1- 0 7 0 7 2 0 2 0		4 2		0 1 9 4 8 5 4 0 0 0 8 4		COROA PROVISÓRIA SEM PINO	
9 2 4 0		Segue imagem para análise.				3 0	
0 0 0							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
9 2 4 0		0 0 0					
34 - Data do Recurso		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora	
3 0 0 7 2 0 2 0							

35.782 945/0001-6
CLÍNICA DE DENTOLÓGIA
JF 35002 BARRA DO SA LTO
RUA JACINTO RIBEIRO, 120
LUIZ JOSÉ - CEP: 35700-0
DENTE LINDAS - MG



406218
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 7 / 1 0 / 2 0	4-Data de Autorização 3 0 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001064	7-Data Validade da Senha 2 5 / 0 1 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 1 1 5 2 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCELA PEREIRA DA SILVA		14-Telefone 11/05/1982	15-Nome do titular do plano ALESSANDRO DE SOUZA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 0 6 0 6 4 8 6 0 1	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
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-Assin
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	30/10/20		
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0		S	30/10/20		
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	30/10/20		
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	30/10/20		
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI D		1	3 6 0 0	0 0 0		S	30/10/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia/Co-participação R\$ 0 0 0
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos por 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, 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 30/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---------------	---	---	---	---

Rua Plácido de Castro
Bairro Centro - CEP: 31.000-000
SETE LUGAR



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

401220
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2020	4-Data de Autorização 28/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980284	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500002001	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 MARCOS AURELIO VALGAS MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCOS AURELIO VALGAS MOREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/20	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\$ 4,00	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 por 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/10/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20 JB	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20 Marcos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
--	--	--	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LUIZ
Rua Flávia Pereira, 129
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA		2		4 0 2 4 7 8	
Dados do Contratado				7 - Nome do Contratado			
6 - Código na Operadora				44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0							
Dados do Recurso do Protocolo				11 - Justificativa			
8 - Número do Lote				9 - Número do Protocolo			
				10 - Código da Glosa do Protocolo			
Dados do Recurso da Guia				15 - Status			
13 - Número da Guia no Prestador				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora			
3 7 1 0 5 0				3 7 1 0 5 0			
				AUTORIZADO			
16 - Beneficiário				00202521185500159601 - MARCOS BARBOSA DA SILVA			
17 - Código da Glosa da Guia				18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)			
Dados dos Itens da Guia				27 - Código			
20 - Data de Realização do Procedimento				21 - Dente/Região			
28 - Valor Recusado				22 - Face			
30 - Valor Acatado				23 - Quantidade			
				24 - Tabela			
				25 - Procedimento/Item Assistencial			
				26 - Descrição do Procedimento			
1- 0 3 0 9 2 0 2 0 1 3 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 6 6				TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR			
1 5 4 8 0				3 0			
0 0 0							
2- 1 4 1 4							
3- 1 4 1 4							
4- 1 4 1 4							
5- 1 4 1 4							
6- 1 4 1 4							
32 - Valor Total Recusado (R\$)				33 - Valor Total Acatado (R\$)			
1 5 4 8 0				0 0 0			
34 - Data do Recurso				35 - Assinatura do Prestador			
2 8 0 9 2 0 2 0				B			
36 - Data da Assinatura da Operadora				37 - Assinatura da Operadora			
1 4 1 4							
				35.782.845/08219 CLÍNICA ODONTOLÓGICA JESSICA BARBOSA LTDA Rua Floriano Peixoto, 123 Bairro Centro - CEP: 35701-100 SETE LAGOAS - MG			

35.782.845/0001-90
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 428
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - F



391906
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942138	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202521185500159403									
13-Nome MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS				14-Telefone (31) 2107-2833		15-Nome do titular do plano MIRIAN APARECIDA RODRIGUES			

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

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 07/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/10/20 B.		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/20 B.		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/20 Marcus Vinicius		53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/20	
---------------	--	--	--	--	--	---	--	---	--





406345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2010	4-Data de Autorização 30/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001557	7-Data Validade da Senha 25/10/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500159403	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 MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS		14-Telefone (31) 2107-2833	15-Nome do titular do plano MIRIAN APARECIDA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-36
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00			30/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

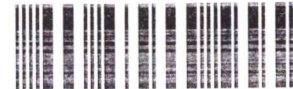
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, 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 30/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/20
---	---	---	---





406394
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 31/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001661	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500159403	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 MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS			14-Telefone 19/10/1996	15-Nome do titular do plano MIRIAN APARECIDA RODRIGUES		

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 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200		
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00			31/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/10/20	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
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 com os custos do 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, o valor que assina esse documento 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 31/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/20
-------------------------------------	---	---	---	---

35.782.845/0001-01
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-00
SETE LAGOAS - MG



406397
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 31/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8001757	7-Data Validade da Senha 25/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500159403	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 MARCUS VINICIUS RODRIGUES MATOS		14-Telefone (31) 2107-2833	15-Nome do titular do plano MIRIAN APARECIDA RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (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/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-Assina
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00			31/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	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 por 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, 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 31/10/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/10/20 JB	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/10/20 Marcus Matos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/20 Rua Floriano Peixoto, 122 Bairro Centro - CEP: 31130-000 SETE LAGOAS - MG
--	--	--	---

35.782.845/0001-10
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 122
Bairro Centro - CEP: 31130-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº

399231
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7971608	7-Data Validade da Senha 17/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531269800000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA ANTONIA LOPES FARIA PINTO	14-Telefone 05/05/1967	15-Nome do titular do plano GABRIELLA LOPES FARIA RIBEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

26-Nome do Profissional Executante

JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

27-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/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-Assina
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00			27/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 F
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---------------------------------------

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 onerações do profissional assistente e arcar com os custos por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor devido, sob pena de anulação do contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
---	---	---	---

35.782.845/00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP: 3
SETE LAGOAS



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7772669	7-Data Validade da Senha 07/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

353670
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530814700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DA CONCEICAO SILVA	14-Telefone 28/04/1962	15-Nome do titular do plano VALDENIA 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provisão Término do Tratamento 08/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação					
---------------	--	--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/10/20 - CEP: 35700-000
---	---	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Manoel Falcão, 123
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-000



364508
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/20	4-Data de Autorização 15/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7823541	7-Data Validade da Senha 24/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530814700000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DA CONCEICAO SILVA		14-Telefone 28/04/1962	15-Nome do titular do plano VALDENIA 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	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/20		Mb
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		Mb
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/20		Mb
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		Mb
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional que assiste e faturar os custos pelo 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 o valor devido pelo procedimento, 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 15/10/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20 R	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 mb	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---------------	---	---	--	---

35.782.845.0001-1
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTI
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-0
SETE LAGOAS - MG



2 - Nº Guia no Prestador

402531

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

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
3 8 2 7 0 9	3 8 2 7 0 9	AUTORIZADO	00202530814700000102 - MARIA DA CONCEICAO SILVA

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

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador						
30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora						

1- 2 4 0 9 2 0 2 0 1 1 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 1 5 RETRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR 3 0

2 3 1 0 0 Segue Rx para análise.

0 0 0

2- _____

35.782.845/0001-61
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 3 1 0 0 33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0

34 - Data do Recurso: 2 9 / 0 9 / 2 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador: 

36 - Data da Assinatura da Operadora: 11 / 11 / 2020

37 - Assinatura da Operadora:  **Balro Centro de Referência em Saúde da Família - PETE LACASA**

35.782.845/0001-66
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro CEP: 35700-000
SETE LACERDA



405734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/11/2010	4-Data de Autorização 27/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7999298	7-Data Validade da Senha 25/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202521185500123904		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 MARIA EDUARDA BOAVENTURA MOURA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEONARDO JOSE DE MOURA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

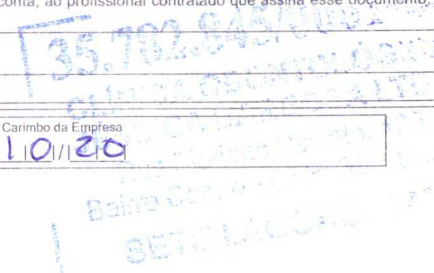
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	14		1	73,00	0,00		S	27/10/20		Leon
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00		S	27/10/20		Leon
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34		1	73,00	0,00		S	27/10/20		Leon
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00		S	27/10/20		Leon
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 292,00	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 por 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, 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 27/10/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 JB	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Leonardo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
--	--	--	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

376130
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2020	4-Data de Autorização 09/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7874694	7-Data Validade da Senha 14/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500098702	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 MARIA FRANCISCA FARIA SOARES CORREIA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIO CORREIA LIMA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2020	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
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 obrigações do profissional e a pagar os custos pr 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, a partir da data da assinatura deste documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2020
---	---	---	---

35.782.845/0001-40
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



391963
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942433	7-Data Validade da Senha 05/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500011301		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 MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assine
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			27/10/20		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00			27/10/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 146,00	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação F
--	--	---	----------------------------------	--------------------	---------------------------------------

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 odontológico, em conformidade com o 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, 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 27/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20
---	---	---	---

35782845/0001
CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 124
Bairro Centro - CEP: 35000-000
SETE LAGOAS - MG



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA				2		4 0 2 5 2 5	
6 - Código na Operadora		7 - Nome do Contratado					
3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0		44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO					
8 - Número do Lote				9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo	
						11 - Justificativa	
13 - Número da Guia no Prestador				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status	
3 8 0 3 1 1				3 8 0 3 1 1		AUTORIZADO	
16 - Beneficiário				17 - Código da Glosa da Guia			
00202521185500011301 - MAYRON CESAR TAVARES DOS SANTOS							
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)				27 - Código			
				3 0			
20 - Data de Realização do Procedimento		21 - Dente/Região		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		30 - Tabela		31 - Procedimento/Item Assistencial	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		25 - Descrição do Procedimento		26 - Descrição do Procedimento	
1- 2 1 0 9 2 0 2 0		3 8		0 1		9 4	
2 1 6 6 0		0 0 0		8 2 0 0 1 2 8 6		REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	
2- 1 1		1 1		1 1		1 1	
3- 1 1		1 1		1 1		1 1	
4- 1 1		1 1		1 1		1 1	
5- 1 1		1 1		1 1		1 1	
6- 1 1		1 1		1 1		1 1	
32 - Valor Total Recusado (R\$)		33 - Valor Total Acatado (R\$)		34 - Data do Recurso			
2 1 6 6 0		0 0 0		2 3 0 9 2 0 2 0			
35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora			
B		1 1 1 1		1 1 1 1			
35.782.845/0001-60		CLÍNICA ODONTOLÓGICA		JÉSSICA BARBOSA LTDA			
Rua Floriano Peixoto, 129		Bairro Centro - CEP: 35700-048		SETE LAGOAS - MG			

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG