

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: ODONTOLOGIA ROMANO LTDA. - ME
CNPJ: 22065107000150 (ROMANO ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 38242/MG Cirurgião Dentista: (3027) - MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
398010 - I	ALESSANDRA DE LOURDES LIMA (00202521185500110102)		16/10/2020	34	0.4	R\$ 13.60
399385 - I	FRANCISCO KREPPPEL ALPES CAMARA (00202521185500097701)		19/10/2020	411	0.4	R\$ 164.40
401971 - I	ANDREZA FERREIRA MAIA (00202532746900000101)		22/10/2020	34	0.4	R\$ 13.60
410550 - I	ALINE DE SOUZA SOARES (00202521185500221801)		03/11/2020	139	0.4	R\$ 55.60
410595 - I	TIAGO HENRIQUE ALVES ROCHA (00202521185500054901)		03/11/2020	34	0.4	R\$ 13.60
410767 - I	DANIELLE GONCALVES (00202531807000000102)		03/11/2020	34	0.4	R\$ 13.60
415962 - I	NIVIANE GRACIELE SILVA (00202521185500222102)		10/11/2020	140	0.4	R\$ 56.00
416067 - I	DEIVYD FERNANDES MATIAS DE OLIVEIRA (00202521185500124204)		10/11/2020	140	0.4	R\$ 56.00
416170 - I	LUDMYLA APARECIDA PEREIRA DA SILVA (00202533085900000102)		11/11/2020	34	0.4	R\$ 13.60
416998 - I	NIVIANE GRACIELE SILVA (00202521185500222102)		11/11/2020	122	0.4	R\$ 48.80
425410 - I	SABRINA MARIA SOARES FREIRE (00202521185500037403)		23/11/2020	34	0.4	R\$ 13.60
426152 - I	DEIVYD FERNANDES MATIAS DE OLIVEIRA (00202521185500124204)		24/11/2020	88	0.4	R\$ 35.20

Totalizador

Nº de USOs: 1244
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 497.60

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 1244
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 497.60

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 1244
Nº de atendimentos: 12
Valor: R\$ 497.60

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

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

Data e Hora de Emissão: 27/11/2020 08:46

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta no profissional contratado quaisquer despesas documentadas, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

QJDA-100

53. Data local e Caricamento de Fichas

SETE LAGOAS - MG

N-2



que osimio esse documento, os valores

107-152

0-CEP 35.700-015

1.000 AS - MG

100



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



401971
INTERCÂMBIO

1. Registro ANS 406414	3. Data de Emissão da Guia 12/2/11 10:12:00	4. Data de Autorização 10/4/11 11:21:00	5. Série AUTORIZADO	6. Número da Guia Principal 7983312	7. Data Validade da Guia 12/01/11 11:21:00
---------------------------	--	--	------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira 0002025327469000001011	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 ANDREZA FERREIRA MAIA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15. Alocamento a RN N	17. Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA	18. Número no CBO 38242	19. UF MG	20. Código CBO S 01	21. Código na Operadora / CNPJ / CDE 078912481680	22. Nome do Contratado Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	23. Número no CBO 38242	24. UF MG	25. Código CBO S 025	26. Nome do Profissional Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	27. Número no CBO 38242	28. UF MG	29. Código CBO S
--------------------------	--	----------------------------	--------------	------------------------	--	--	----------------------------	--------------	-------------------------	--	----------------------------	--------------	------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30. Total 1008100065	32. Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33. Dente Requerido 11	34. Face 1	35. Cód 1	36. Quantidade US 3400	37. Valor 0100	38. Franquia/Co-participação US 0000	39. Anl 04/11/20	40. Data de Realização 04/11/20	41. Motivo da Guia 04/11/20	42. Assinatura Andréza
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43. Data Proposta / Termo de Tratamento

44. Tipo de Alocamento

45. Tipo de Fraturamento

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 a obrigação de pagar a prestação de serviços e a não fazer uso de outros recursos para obter o mesmo tratamento, sob pena de ser responsabilizado por danos materiais e morais. 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.

ODONTOLOGIA ROMANO

LTDA-ME

Sete Lagoas - MG

50. Data local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante

51. Data local e Assinatura do Contratado Dentista

52. Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53. Data local e Assinatura da Empresa

54. Data local e Assinatura da Empresa

Sete Lagoas - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



410550
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/3/11 11/2/01 4-Data de Autorização 11/8/11 11/2/01 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8016599 7-Data Validade da Serina 10/11/02 11/2/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1002025211855002218011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade 11/2/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ALINE DE SOUZA SOARES 14-Telefone 1803/1990 15-Nome da cidade do plano ALINE DE SOUZA SOARES 16-Data Validade da Serina 10/11/02 11/2/11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA 18-Número no CBO 38242 19-UF MG 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa 21-Código na Operadora CNPJ / CEP 1078912484680 22-Nome do Contratado e exatidão MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO 23-Número no CBO 38242 24-UF MG 25-Código CNPJ S 26-Nome do Profissional Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO 27-Número no CBO 38242 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dental (topia)	34-F.mos	35-Cód	36-Quantidade US	37-Moim	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moim da Guia	42-Assinatura
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00		0,00		11/8/11	80	
2	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00		0,00		11/8/11	80	
3	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00		0,00		11/8/11	80	
4	001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00		0,00		11/8/11	80	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Proposta Temporária de Tratamento 11/8/11 11/80 44-Tipo de Atendimento 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Oclusão 4 Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1 Total 2 Parcial 46-Total Quantidade US 139,00 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(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

ODONTOLOGIA ROMANO

LTDA-ME

50-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 11/8/11 11/80 51-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/8/11 11/80 52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/8/11 11/80 - J. Romão 53-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 54-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 55-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80

56-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 57-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 58-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 59-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 60-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80

61-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 62-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 63-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 64-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 65-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80

66-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 67-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 68-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 69-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 70-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80

71-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 72-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 73-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 74-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80 75-Data Local e Cópia da Empresa 11/8/11 11/80

22

410595
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8. Número da Carteira	0 0 2 1 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 5 4 9 0 1																								
9. Plano	POS REDE PRESTADORA																								
10. Empresa	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA																								
11. Data Vencida da Carteira	<table border="1"> <tr> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12												
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12														
12. Número da Cartão Nacional de Crédito																									

13. Nome	TIAGO HENRIQUE ALVES ROCHA
14. Telefone	0210811986
15. Nome do titular do plano	TIAGO HENRIQUE ALVES ROCHA

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16. Assunto em RPT N	17. Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA	18. Número no CRO 38242	19. UF MG	20. Código CBO S 01	025 = Faturar Empresa
-------------------------	---	----------------------------	--------------	------------------------	--------------------------

25-Idade em Anos (a) / CNP / CPF	22-Nome do Contratado: Foneleide	23-Idade em Anos (a) / CNP / CPF
10 7 8 9 2 4 8 4 6 8 0	MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	10 7 8 9 2 4 8 4 6 8 0
	38242	
	22-Idade em Anos (a) / CNP / CPF	
	25-Idade em Anos (a) / CNP / CPF	

26-Membre du *Profissional Excecitante*
MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30) Tabela	31) Código do Preenchimento	32) Descrição	33) Dente Regular	34) Faixa	35) Cód.	36) Quantidade US	37) Valor	38) Fração Contingência R\$	39) Aut.	40) Data de Realização	41) Motivo da Cotação
00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		13400	0,00	50,44	4	20	

[illegible][illegible]

Category	Blue Bar (%)	Red Bar (%)
Sexual Harassment Experiences	~85	~95
Sexual Harassment Experiences	~75	~85
Sexual Harassment Experiences	~65	~75
Sexual Harassment Experiences	~55	~65
Sexual Harassment Experiences	~45	~55
Sexual Harassment Experiences	~35	~45

[illegible]

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

49-Observação

ITDA-ME

Rua Sousa Vianna, 192 - Sala 01

53 Data local e Assinatura do Empregado: 09/04/2020 35:700 015

52 Data local e Assinatura do Beneficiário: 09/04/2020

51 Data local e Assinatura do Grupo-Denunciante: 09/04/2020

50 Data local e Assinatura do Grupo-Denunciante: 09/04/2020

Rua Sousa Viana, 192 - Sala 01

53-Dados locais e Caminho da Empresa

STEELEAGUAS - WAO

24

410767
INTERCÂMBIO

1006

[illegible]

47 Motivo da Jureta

2000

100

100

100

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

45-Toni Foreman / Co-participant

siende a arcar con los dos

o que assina esse documento

Ukulele

1998

203 - Sala 01

1000

1. What is the purpose of the study?

COAS - WIL

1



415962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 11/01/11 11/02/10 3-Dados de Atualização 11/11/11 11/12/10 4-Será Autorizado 8040163 5-Número da Guia Principal 8040163 6-Dia Validade da Guia 08/10/2011

7-Nome do Beneficiário 0102025211855002221021 8-Nome da Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 9-Telefone 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NIVIANE GRACIELE SILVA 14-Data de Nascimento 28/06/1996 15-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA 17-Código da Operadora (CNPJ - CNP) 107892484680 18-Nome do Contratado Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO 19-Código do Profissional (CBO) 38242 20-Código CBO S 01 21-Código CBO S 38242 22-Código CBO S 38242 23-Código CBO S 38242 24-Código CBO S 38242 25-Código CBO S 38242 26-Código CBO S 38242 27-Código CBO S 38242 28-Código CBO S 38242 29-Código CBO S 38242 30-Código CBO S 38242 31-Código CBO S 38242 32-Código CBO S 38242 33-Código CBO S 38242 34-Código CBO S 38242 35-Código CBO S 38242 36-Código CBO S 38242 37-Código CBO S 38242 38-Código CBO S 38242 39-Código CBO S 38242 40-Código CBO S 38242 41-Código CBO S 38242 42-Código CBO S 38242 43-Código CBO S 38242 44-Código CBO S 38242 45-Código CBO S 38242 46-Código CBO S 38242 47-Código CBO S 38242 48-Código CBO S 38242 49-Código CBO S 38242 50-Código CBO S 38242 51-Código CBO S 38242 52-Código CBO S 38242 53-Código CBO S 38242 54-Código CBO S 38242 55-Código CBO S 38242 56-Código CBO S 38242 57-Código CBO S 38242 58-Código CBO S 38242 59-Código CBO S 38242 60-Código CBO S 38242 61-Código CBO S 38242 62-Código CBO S 38242 63-Código CBO S 38242 64-Código CBO S 38242 65-Código CBO S 38242 66-Código CBO S 38242 67-Código CBO S 38242 68-Código CBO S 38242 69-Código CBO S 38242 70-Código CBO S 38242 71-Código CBO S 38242 72-Código CBO S 38242 73-Código CBO S 38242 74-Código CBO S 38242 75-Código CBO S 38242 76-Código CBO S 38242 77-Código CBO S 38242 78-Código CBO S 38242 79-Código CBO S 38242 80-Código CBO S 38242 81-Código CBO S 38242 82-Código CBO S 38242 83-Código CBO S 38242 84-Código CBO S 38242 85-Código CBO S 38242 86-Código CBO S 38242 87-Código CBO S 38242 88-Código CBO S 38242 89-Código CBO S 38242 90-Código CBO S 38242 91-Código CBO S 38242 92-Código CBO S 38242 93-Código CBO S 38242 94-Código CBO S 38242 95-Código CBO S 38242 96-Código CBO S 38242 97-Código CBO S 38242 98-Código CBO S 38242 99-Código CBO S 38242 100-Código CBO S 38242

19-Data de Nascimento 28/06/1996 20-Data de Nascimento 28/06/1996 21-Data de Nascimento 28/06/1996 22-Data de Nascimento 28/06/1996 23-Data de Nascimento 28/06/1996 24-Data de Nascimento 28/06/1996 25-Data de Nascimento 28/06/1996 26-Data de Nascimento 28/06/1996 27-Data de Nascimento 28/06/1996 28-Data de Nascimento 28/06/1996 29-Data de Nascimento 28/06/1996 30-Data de Nascimento 28/06/1996 31-Data de Nascimento 28/06/1996 32-Data de Nascimento 28/06/1996 33-Data de Nascimento 28/06/1996 34-Data de Nascimento 28/06/1996 35-Data de Nascimento 28/06/1996 36-Data de Nascimento 28/06/1996 37-Data de Nascimento 28/06/1996 38-Data de Nascimento 28/06/1996 39-Data de Nascimento 28/06/1996 40-Data de Nascimento 28/06/1996 41-Data de Nascimento 28/06/1996 42-Data de Nascimento 28/06/1996 43-Data de Nascimento 28/06/1996 44-Data de Nascimento 28/06/1996 45-Data de Nascimento 28/06/1996 46-Data de Nascimento 28/06/1996 47-Data de Nascimento 28/06/1996 48-Data de Nascimento 28/06/1996 49-Data de Nascimento 28/06/1996 50-Data de Nascimento 28/06/1996 51-Data de Nascimento 28/06/1996 52-Data de Nascimento 28/06/1996 53-Data de Nascimento 28/06/1996 54-Data de Nascimento 28/06/1996 55-Data de Nascimento 28/06/1996 56-Data de Nascimento 28/06/1996 57-Data de Nascimento 28/06/1996 58-Data de Nascimento 28/06/1996 59-Data de Nascimento 28/06/1996 60-Data de Nascimento 28/06/1996 61-Data de Nascimento 28/06/1996 62-Data de Nascimento 28/06/1996 63-Data de Nascimento 28/06/1996 64-Data de Nascimento 28/06/1996 65-Data de Nascimento 28/06/1996 66-Data de Nascimento 28/06/1996 67-Data de Nascimento 28/06/1996 68-Data de Nascimento 28/06/1996 69-Data de Nascimento 28/06/1996 70-Data de Nascimento 28/06/1996 71-Data de Nascimento 28/06/1996 72-Data de Nascimento 28/06/1996 73-Data de Nascimento 28/06/1996 74-Data de Nascimento 28/06/1996 75-Data de Nascimento 28/06/1996 76-Data de Nascimento 28/06/1996 77-Data de Nascimento 28/06/1996 78-Data de Nascimento 28/06/1996 79-Data de Nascimento 28/06/1996 80-Data de Nascimento 28/06/1996 81-Data de Nascimento 28/06/1996 82-Data de Nascimento 28/06/1996 83-Data de Nascimento 28/06/1996 84-Data de Nascimento 28/06/1996 85-Data de Nascimento 28/06/1996 86-Data de Nascimento 28/06/1996 87-Data de Nascimento 28/06/1996 88-Data de Nascimento 28/06/1996 89-Data de Nascimento 28/06/1996 90-Data de Nascimento 28/06/1996 91-Data de Nascimento 28/06/1996 92-Data de Nascimento 28/06/1996 93-Data de Nascimento 28/06/1996 94-Data de Nascimento 28/06/1996 95-Data de Nascimento 28/06/1996 96-Data de Nascimento 28/06/1996 97-Data de Nascimento 28/06/1996 98-Data de Nascimento 28/06/1996 99-Data de Nascimento 28/06/1996 100-Data de Nascimento 28/06/1996

30-Taboas	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Deixar em Branco	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Material da Clínica	42-Assinatura
1	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 44-Tipo de Assinatura 45-Tipo de Tratamento 46-Tipo de Tratamento 47-Valor Total R\$ 48-Valor Total R\$ 49-Valor Total R\$ 50-Valor Total R\$ 51-Valor Total R\$ 52-Valor Total R\$ 53-Valor Total R\$ 54-Valor Total R\$ 55-Valor Total R\$ 56-Valor Total R\$ 57-Valor Total R\$ 58-Valor Total R\$ 59-Valor Total R\$ 60-Valor Total R\$ 61-Valor Total R\$ 62-Valor Total R\$ 63-Valor Total R\$ 64-Valor Total R\$ 65-Valor Total R\$ 66-Valor Total R\$ 67-Valor Total R\$ 68-Valor Total R\$ 69-Valor Total R\$ 70-Valor Total R\$ 71-Valor Total R\$ 72-Valor Total R\$ 73-Valor Total R\$ 74-Valor Total R\$ 75-Valor Total R\$ 76-Valor Total R\$ 77-Valor Total R\$ 78-Valor Total R\$ 79-Valor Total R\$ 80-Valor Total R\$ 81-Valor Total R\$ 82-Valor Total R\$ 83-Valor Total R\$ 84-Valor Total R\$ 85-Valor Total R\$ 86-Valor Total R\$ 87-Valor Total R\$ 88-Valor Total R\$ 89-Valor Total R\$ 90-Valor Total R\$ 91-Valor Total R\$ 92-Valor Total R\$ 93-Valor Total R\$ 94-Valor Total R\$ 95-Valor Total R\$ 96-Valor Total R\$ 97-Valor Total R\$ 98-Valor Total R\$ 99-Valor Total R\$ 100-Valor Total R\$

56-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 57-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 58-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 59-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 60-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 61-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 62-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 63-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 64-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 65-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 66-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 67-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 68-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 69-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 70-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 71-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 72-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 73-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 74-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 75-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 76-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 77-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 78-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 79-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 80-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 81-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 82-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 83-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 84-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 85-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 86-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 87-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 88-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 89-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 90-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 91-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 92-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 93-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 94-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 95-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 96-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 97-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 98-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 99-Data local e Assinatura do Grupo Dentista 100-Data local e Assinatura do Grupo Dentista

ODONTOLOGIA ROMANO
LIDA-MR

SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



416067
INTERCÂMBIO

1- Registro AINS 4060414	3- Data de Emissão da Guia 11/01/11 11/12/10	4- Data de Autuação 11/11/11 11/12/10	5- Serviço AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8040614	7- Data Vencimento da Guia 10/08/10 12/12/11
-----------------------------	---	--	--------------------------	--	---

8- Número da Carteira 000202521185500124204	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11- Data Validação da Carteira 11/11/11	12- Número do Cartão Nacional de Saúde
--	---------------------------------	---	--	--

13- Nome DENYD FERNANDES MATIAS DE OLIVEIRA	22- Nome do Colaborador Executante MARCIO HELENO MATIAS DA SILVA
--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
---	--

16- Acreditamento a IN N	17- Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA	18- Número no CRO 38242	19- UF MG	20- Código CBO S 01	21- Faturar Empresa 025 -
-----------------------------	--	----------------------------	--------------	------------------------	------------------------------

21- Código no Operadora / CNPJ / CPF 078924846810	22- Nome do Colaborador Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	23- Número no CRO 38242	24- UF MG	25- Código CNES
--	---	----------------------------	--------------	-----------------

26- Nome do Profissional Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	27- Número no CRO 38242	28- UF MG	29- Código CBO S
--	----------------------------	--------------	------------------

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

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Guisa	42- Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/11	11/12/10	Dr. Deny	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/11	11/12/10	Dr. Deny	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/11	11/12/10	Dr. Deny	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	11/11/11	11/12/10	Dr. Deny	
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Termino do Tratamento 11/11/11	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quantidade US 140,00	47- Valor Total R\$ 0,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente assistido sobre os procedimentos, 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 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, o valor devido, conforme os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

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

51- Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/11

52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11

53- Data local e Carimbo da Empresa
11/11/11

54- Data local e Carimbo da Empresa
11/11/11

ODONTOLOGIA ROMANO
LTD.A - ME

Sete Lagoas - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



416170
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01	4- Data de Autorização 11/12/11 11/12/01	5- Sentença AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8041023	7- Data Validade da Sentença 10/09/10 21/12/11
---------------------------	---	---	---------------------------	--	---

8- Número da Carteira 010020253085900000101021	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11- Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/01	12- Número da Carteira Nacional de Saúde 13/07/2003	13- Nome LUDMYLA APARECIDA PEREIRA DA SILVA	14- Termino ROMILDO FLAVIANO DA SILVA
---	---------------------------------	---------------------------------------	--	--	--	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
15- Abaixo Assinatura a R/R N	16- Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA	17- Nome do Contratado Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	18- Número no CBO 38242	19- UF MG	20- Código CBO S 01
21- Código na Operadora / Cnpj / Cpf 07892484680	22- Nome do Contratado Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	23- Número no CBO 38242	24- UF MG	25- Código CNES Faturar Empresa	26- Código CBO S
25- Nome do Profissional Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente / Região	34 Fator	35 Qtd	36 Quantidade US	37 Valor	38 Franquia Co-participação R\$	39 Aut.	40 Data de Realização	41 Máximo da Guia	42 Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	112,11	11/11/11	80		Salomão
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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\$
11/11/11	☐ 1 - Tratamento Odontológico 2 - Exatir Radiológico 3 - Cirurgia 4 - Urgência/Emergência	☐ 1 - Total 2 - Parcela	34,00	0,00	0,00

43- Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11 11/12/01	44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exatim Radiológico 3- Condiciona 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46- Total Quilates US 34,00	47- Valor Total R\$ 10,00	48- Total Franquia / Co-participação R\$ 112,11
--	--	--	--------------------------------	------------------------------	--

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, assim como a fornecer todos os dados necessários em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s) terão sido realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, a qualquer profissional ou instituição que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

ODONTOLOGIA ROMANO

LTDA-ME

50- Data local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante
11/11/11 11/12/01

51- Data local e Assinatura do Contratado Dentista
11/11/11 11/12/01

52- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/01

53- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/01

54- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/01

55- Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11 11/12/01

ODONTOLOGIA ROMANO
LTD-ME
122-005107-00001501
CENTRO - CEP 35.700-015
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

416998
INTERCÂMBIO[illegible]

26-Agosto 2006 Professor(a) Especialista em MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	27-Agosto 2006 38242	28-Set MG	29-Outubro 2006 CGO S
---	--------------------------------	---------------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Sugeridos	
30. Tabela	32. Descrição
31. Código do Procedimento	33. Demarcação
34. E-File	35. Cód.
	36. Custo médio US
37. Valor	
38. Transmissão por Correio com R\$	39. Aut.
	40. Data de Realização
	41. Motivo da Citação e/ou Assinatura e

[illegible]

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acordo e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional(a) e a pagar, com meus recursos, os valores previstos em contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) acima e por mim assinado(s), foi(ão) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, na emissora de cartão de crédito, as despesas referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ODONTOLOGIA ROMANA

ETDA-MB

51 Data local e Assinatura do Chefe de Delegacia

85/011/30-1
85/011/30-1
85/011/30-1
85/011/30-1

SETE LAGOAS - MG



1 Registro ANS 406414	3 Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/2/01	4 Data de Autorização 12/4/11 11/2/01	5 Sentença AUTORIZADO	6 Número da Guia Privada 8080215	7 Data Validade da Sentença 12/1/10 12/1/21	425410 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	--------------------------	-------------------------------------	--	-----------------------

8 Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 3 7 4 0 3	9 Plano POS REDE PRESTADORA	10 Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11 Data Validade da Carteira 11/1/11 11/1/11	12 Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13 Nome SABRINA MARIA SOARES FREIRE	14 Telefone (11) 11111111	15 Nome do titular do plano EVALDO OLIVEIRA FREIRE
--	------------------------------	---

Dados do Contato: Responsável pelo Tratamento 16 Atribuição a RUI N	17 Nome do Profissional Solicitante ROMANO ODONTOLOGIA	18 Número no CRO 38242	19 UF MG	20 Código CRO S 01	025 - Faturar Empresa
---	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21 Código na Operadora (CNPJ / C/P) 10 7 8 9 2 4 8 4 6 8 0	22 Nome do Contato: Executante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	23 Número no CRO 38242	24 UF MG	25 Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26 Nome do Profissional Solicitante MARIA LUISA DE FREITAS ROMANO	27 Número no CRO 38242	28 UF MG	29 Código CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30 Tabela	31 Código do Procedimento	32 Descrição	33 Dente/Região	34 Tipo	35 Qtd	36 Quantidade US	37 Valor	38 Frangível/Co-participação R\$	39 Ad	40 Data de Realização	41 Nome da Clínica / Associação
1	0 0 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 1 0 1 0	0 1 0 0			12/4/11 11/2/01	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43 Data Previsto Termino do Tratamento 12/4/11 11/2/01	44 Tipo de Atendimento ☐ 1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiográfico 3 Ortopedia 4 Urgência/Emergência	45 Tipo de Faturamento ☐ 1 Total 2 Parcial	46 Total Quantidade US 3 4 1 0 0	47 Valor Total R\$ 0 1 0 0	48 Total Faturado / Co-participação R\$ 0 1 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 obrigações do profissional assistente e não sofrer qualquer prejuízo em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), autorizo a realização(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, o(s) valor(es) que a mesma produzir em favor dos valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Obs: Observação:

ODONTOLOGIA ROMANO

LTDA-ME

50 Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

51 Data local e Assinatura do Cirurgião Dentista

52 Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53 Data local e Carimbo
Rua Sousa Vianna, 192 - Sala 01
Centro - CEP 35.700-015
SETE LAGOAS - MG

