



379040

135 450 345/0001 CR 50



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

392029
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942631	7-Data Validação da Senha 05/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202521185500053402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validação da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAQUELINE BRUNA DA COSTA PIRES		14-Telefone 20/10/1982	15-Nome do titular do plano MICHAEL DE OLIVEIRA PIRES		
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	205 - 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			17/11/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			17/11/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/11/20	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente, pagar, dentro dos limites 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 17/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/11/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA L.Rua Floriano Peixoto, 12
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

402906
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/2/10/12/0	4-Data de Autorização 12/7/10/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987591	7-Data Validade da Senha 12/0/10/12/1
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500127601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA	14-Telefone 17/05/1989	15-Nome do titular do plano JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA		

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	18		1	7300	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/10/20	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 7300	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 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(s) cobrança(s) decorrentes deste tratamento, 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 22/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Bairro Centro - CEP 35000-000
SET



402915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/11/20	4-Data de Autorização 27/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7987635	7-Data Validade da Senha 20/11/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500127601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JEFERSON CARLOS GONZAGA DE SOUSA
---	----------------------	---

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) 82001286-48
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 Guisa	42-Assina
1	00820011286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00			22/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 22/11/20	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 361,00	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 22/11/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/11/20 JB	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/11/20 JEFERSON	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/11/20 Odontomaster Clínica Odontológica, 129 Barão Cento - CEP: 35700-000
--	--	--	--

35.782.845/0001-60
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Barão Cento - CEP: 35700-000
CETE - AGCAS



390025
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 7934449	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500201004	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 JENNIFER CHRISTINE RIBEIRO GOULART		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA GOULART	

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

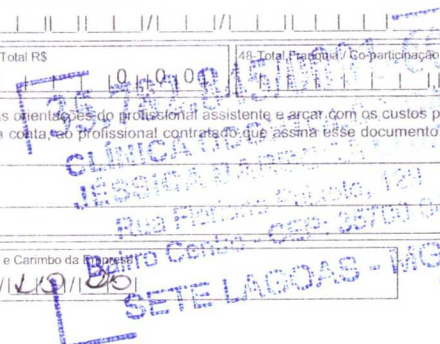
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			05/10/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 06/10/20	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 Parcelas / 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 assistente e arcar com os custos pelo 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 06/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/20	53-Data, local e Carimbo da Instituição 06/10/20
---	---	---	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

386137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918210	7-Data Validade da Senha 28/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500017402	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 JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA	14-Telefone 17/10/1989	15-Nome do titular do plano CLEZIO GERALDO DIAS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

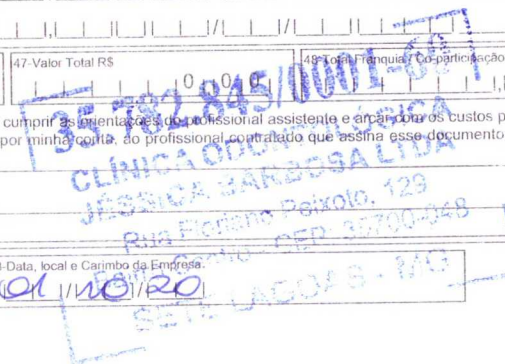
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/20		pe
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		pe
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		pe
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/10/20		pe
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 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 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 01/11/20 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/20 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/20 Agraça	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/20
---	---	--	---





386138
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/20	4-Data de Autorização 01/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7918236	7-Data Validade da Senha 28/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202521185500017402		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 JENNIFFER STEPHANIE BERNARDES SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEZIO GERALDO DIAS
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00			01/11/20		flora
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			01/11/20		flora
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

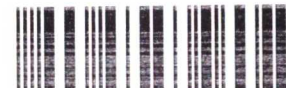
43-Data Previsão Término do Tratamento 01/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------

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 pagar 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 o profissional contratado para a realização desse 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 Carimbo da Empresa 01/11/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



401346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2020	4-Data de Autorização 13/01/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980774	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531764300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA MARTINS SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIO VAZ 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-Assina
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			30/10/20		Jessica
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			30/10/20		Jessica
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			30/10/20		Jessica
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			30/10/20		Jessica
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\$ 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 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 assinasse 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
---	---	---	---

35.782.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Florianópolis, 129
Bairro Centro - CEP 01700-018
SE LAGOS - MG



388616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7928627	7-Data Validação da Senha 31/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531667300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA SILVA TOLENTINO		14-Telefone () 9981-6883	15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA TOLENTINO	

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 no Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85400262-36
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(IF) 85400149-36

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-	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	36		1	118,00	0,00			28/10/20		
2-	0085400149	COROA TOTAL METÁLICA	36		1	472,00	0,00			28/10/20		
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 590,00	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 28/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/20
---------------	---	---	---	---



401274
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980527	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531667300000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA SILVA TOLENTINO	30/10/1994	14-Telefone () 9981-6883	15-Nome do titular do plano FERNANDA SILVA TOLENTINO	

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) 82001286-38
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	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00			29/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/10/20	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 361,00	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 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 29/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/20
-------------------------------------	---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA
Rua Floriano Peixoto
Bairro Centro - CEP 350
SETE LAGOAS -



376897
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 1 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 1 5 / 1 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878327	7-Data Validade da Senha 1 5 / 1 2 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 2 8 9 0 3	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 JHULY MARCELLE GERMANA GONCALVES		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCELO GONCALVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 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		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-Assinal
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3 4	0 0	0 0 0		S	15/10/20	
2	0 0 8 4 0 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	7 2	0 0	0 0 0		S	15/10/20	
3											
4											
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 1 0 6 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-------------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 15/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---	---	---	---



376899
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2011	4-Data de Autorização 15/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7878431	7-Data Validade da Senha 15/12/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 00202521185500028903	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 JHULY MARCELLE GERMANA GONCALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCELO GONCALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinat
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00	0,00		S	15/10/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00		S	15/10/20		
3												
4												
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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 15/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOMASTER
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 129
Sete Lagoas - MG
CEP: 35700-04



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

378425
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2011	4-Data de Autorização 15/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885350	7-Data Validade da Senha 17/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500028903	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 JHULY MARCELLE GERMANA GONCALVES	14-Telefone 14/11/2011	15-Nome do titular do plano MARCELO GONCALVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assina
1	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	15/10/20		ma
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	15/10/20		ma
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	15/10/20		ma
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	15/10/20		ma
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

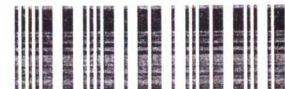
43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 196,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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, conforme estabelecido no contrato, 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 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 Marcelo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
R. Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOAS - MG



401338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2010	4-Data de Autorização 13/01/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7980727	7-Data Validade da Senha 19/01/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500037801	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 JOAO BATISTA APARECIDO DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO BATISTA APARECIDO DOS 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-Assine
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/10/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	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\$ 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 pelo 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	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
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Flávia Roberto, 129
Bairro Centro - CEP 35700-000
SETIL LAGOS - MG



378410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7885277	7-Data Validade da Senha 17/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500124902	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 JOAO PEDRO BARBOSA DOS SANTOS	14-Telefone (31) 3772-6470	15-Nome do titular do plano LEANDRO JUNIO DOS SANTOS COSTA
--	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 44158	19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601	22-Nome do Contratado Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO	23-Número no CRO 44158	24-UF MG	25-Código CNES	
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	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/10/2012	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 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 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 21/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/10/2012
---	---	---	---



384978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/09/20	4-Data de Autorização 02/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7913239	7-Data Validade da Senha 27/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202531913000000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOAO VITOR DOS SANTOS RAMOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAINARA DOS SANTOS RAMOS
--	----------------------	---

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	02/11/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	02/11/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	02/11/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	02/11/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	02/11/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/20	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 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 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 02/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/20
---	---	---	---

35.182.845/0001-90
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-
SETE LAGOAS - M



1 - Registro ANS 	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLÓGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 0 2 3 0 9
----------------------	---	------------------------------	--

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

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

Dados do Recurso da Guia		15 - Status	16 - Beneficiário
13 - Número da Guia no Prestador 3 4 5 8 5 5	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 4 5 8 5 5	AUTORIZADO	00202521185500135002 - JOSIELE DA CONCEICAO RODRIGUES PAIXAO

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	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código
1- 2 5 7 10 7 12 0 2 0	2 7		0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3 0
3 1 9 8 0	Segue Rx final para análise.						
0 0 0							
2-							
3-							
4-							
5-							
6-							

32 - Valor Total Recusado (R\$) 3 1 9 8 0	33 - Valor Total Acalado (R\$) 0 0 0	34 - Data do Recurso 3 1 10 7 12 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador 	36 - Data da Assinatura da Operadora 	37 - Assinatura da Operadora
--	---	---	----------------------------------	--	----------------------------------

35.782.845/0001-11
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Flávia Peixoto, 113
Bairro Centro - CEP: 35100-048
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

377755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 16/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882444	7-Data Validade da Senha 16/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500207601	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 JULIO CESAR DE PAULA		14-Telefone 15/03/1981	15-Nome do titular do plano JULIO CESAR DE PAULA	

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) 85400556-46
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	0085400556	RESTAURAÇÃO METÁLICA	46		1	472,00	0,00			16/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/20	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 472,00	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 orientações do profissional assistente e arcar com os custos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/20
---	---	---	---

35.782.845/0001-50
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA
Rua Floriano Peixoto, 120
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



2 - Nº Guia no Prestador

402419

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 4 1 9		
Dados do Contratado								
6 - Código na Operadora 3 5 7 8 2 8 4 5 0 0 0 1 6 0				7 - Nome do Contratado 44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO				
Dados do Recurso do Protocolo								
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa		
Dados do Recurso da Guia								
13 - Número da Guia no Prestador 3 6 4 0 4 8		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 6 4 0 4 8		15 - Status AUTORIZADO		16 - Beneficiário 00202521185500207601 - JULIO CESAR DE PAULA		
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		
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		24 - Tabela		25 - Procedimento/Item Assistencial		
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora		26 - Descrição do Procedimento		27 - Código		
1- 2 6 1 0 8 2 0 2 0 4 6 0 1 9 4 8 5 2 0 0 1 0 7		Segue Rx para análise.		RETRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR				3 0
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								
32 - Valor Total Recusado (R\$) 5 0 6 4 0		33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0						
34 - Data do Recurso 2 9 1 0 8 2 0 2 0		35 - Assinatura do Prestador		36 - Data da Assinatura da Operadora		37 - Assinatura da Operadora		
						SETE LAGOAS		



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 para

402479

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora

35782845000160

7 - Nome do Contratado

44158/MG - JESSICA BARBOSA NASCIMENTO

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador

371506

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora

371506

15 - Status

Autorizado

16 - Beneficiário

00202521185500107701 - KAIQUE JUNIOR REIS

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

28 - Valor Recusado

108/09/2020

31980

Segue Rx para análise.

36019485200158

TRATAMENTO ENDODONTICO MULTIRRADICULAR

30

2 -

1/1

3 -

1/1

4 -

1/1

5 -

1/1

6 -

1/1

7 -

1/1

8 -

1/1

9 -

1/1

32 - Valor Total Recusado (R\$)

31980

33 - Valor Total Acreditado (R\$)

0000

34 - Data do Recurso

29/09/2020

35 - Assinatura do Prestador

[Assinatura]

36 - Data da Assinatura da Operadora

1/1

37 - Assinatura da Operadora

[Assinatura]



2 - Nº Guia no Prestador

379027

35.782.845/0001-56
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA
Rua Plácido Peixoto, 129
11-9. Centro - CEP. 35500-000
POÇOS DE CALDAS - MG



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 3 7 9 0 3 6
------------------	---	-----------------------------------	---

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 6 0 8 6 5			3 6 0 8 6 5			AUTORIZADO		00202521185500205911 - KATIA APARECIDA CARDOSO RODRIGUES DA COS	

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	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador						
30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora						

1- 2 0 0 8 2 0 2 0 1 1 D, P 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0 RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES 3 0

5 2 8 0 Dente com lesão em esmalte

0 0 0

2-

2 0 0 8 2 0 2 0

1 2 M V 0 1 9 4 8 5 1 0 0 2 0 0

5 2 8 0

0 0 0

Dente com lesão em esmalte

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

3 0

[illegible]

34 - Data do Recurso: 2 9 0 8 2 0 2 0

35 - Assinatura do Prestador: 

36 - Data da Assinatura da Operadora: 1 1 1 1

37 - Assinatura da Operadora: 

35.782.845/0001-6
CLINICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARROS DA SILVA
RUA FLAVIO PEREIRA, 120
BOA VISTA - CEP 21.110
SETE LAGOAS - RJ



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

401547
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 7981651	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531372500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KELVIN IGOR JUNIO CAETANO BARRETO	14-Telefone 15/03/1996	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-Assina
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 esta guia, 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 27/10/20 JB	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 27/10/20 Kelvin B	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 27/10/20 JESSICA BARBOSA L
---------------	--	--	--

53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 27/10/20
---	--

35.782.845/0001
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA L
Rua Floriano Peixoto, 10
Bairro Centro - CEP: 35700-000
SETE LAGOAS - MG



401548
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/20	4-Data de Autorização 28/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7981654	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253137250000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KELVIN IGOR JUNIO CAETANO BARRETO		14-Telefone 15/03/1996	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 (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO		27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	88,00	0,00			28/10/20		
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			28/10/20		
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 176,00	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 Imagens analisadas

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

SETE LAGOAS - MG



377718
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/09/20	4-Data de Autorização 09/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882204	7-Data Validade da Senha 16/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202531123300000101									
13-Nome LARISSA APARECIDA DE SOUZA				14-Telefone 19/06/1997		15-Nome do titular do plano LARISSA APARECIDA DE SOUZA			

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			09/10/20		don
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	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 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 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 a presente se documenta, 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 09/10/20 B		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/20 B		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/20 Larissa		53-Data, local e Carimbo do Profissional 09/10/20 Rua Floriano Peixoto, 129 Bairro Centro - CEP: 35700-048 SETE LAGOAS - MG	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	--	--

35.782.845/0001-00
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JÉSSICA BARBOSA LTDA



389936
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934183	7-Data Validade da Senha 03/01/2013
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202521185500011103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome LAURA ARAUJO LOPES			14-Telefone 07/08/2012 (31) 8826-4358	15-Nome do titular do plano VARLEI LOPES DIAS	
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
26-Nome do Profissional Executante JESSICA BARBOSA NASCIMENTO			27-Número no CRO 44158	28-UF MG	29-Código CBO S
25-Código CNES 025 - Faturar Empresa					

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			26/10/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2012	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 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 por contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, 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 26/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2012	53-Data, local e Assinatura da Empresa 26/10/2012
---------------	---	---	---	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Bairro Centro - CEP: 35700-048
SETE LAGOS - MG



354271
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2011	4-Data de Autorização 02/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 775281	7-Data Validade da Senha 08/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500038004	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 LAURA DE ALMEIDA GUARANI SILVA	14-Telefone 23/04/2011	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-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/11/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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 recebidas por ocasião da assinatura 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 a profissional contratada para a realização do 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 02/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2011
---------------	---	---	---	---

**CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LTDA**

Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 35700-040
SETE LAGOAS - MG



1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora		4 - Objeto do Recurso		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela	
		DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		2		4 0 2 3 4 9	
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				16 - Beneficiário			
13 - Número da Guia no Prestador				14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		15 - Status	
3 5 3 6 7 6				3 5 3 6 7 6		AUTORIZADO	
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		22 - Face		23 - Quantidade	
28 - Valor Recusado		29 - Justificativa do Prestador		25 - Procedimento/Item Assistencial		26 - Descrição do Procedimento	
30 - Valor Acatado		31 - Justificativa da Operadora					
1- 0 9 0 8 2 0 2 0		3 6		0 1		9 4	
7 0 8 0		Segue Rx para análise		8 5 4 0 0 2 6 2		PINO PRE-FABRICADO	
0 0 0						3 0	
2- 0 9 0 8 2 0 2 0		3 6		0 1		9 4	
2 8 3 2 0		Segue Rx para análise		8 5 4 0 0 1 4 9		COROA TOTAL METÁLICA	
0 0 0						3 0	
3- 0 0 0 0 0 0 0 0							
4- 0 0 0 0 0 0 0 0							
5- 0 0 0 0 0 0 0 0							
6- 0 0 0 0 0 0 0 0							
32 - Valor Total Recusado (R\$)				33 - Valor Total Acatado (R\$)			
3 5 4 0 0				0 0 0			
34 - Data do Recurso				35 - Assinatura do Prestador			
2 1 0 8 2 0 2 0							
				36 - Data da Assinatura da Operadora			
				37 - Assinatura da Operadora			

35.782.845/0001-8

CLINICA ODONTOLOGICA

JESSICA BARBOSA LIMA

Rua Floriano Peixoto, 129

Bairro Centro - CEP: 35700-045

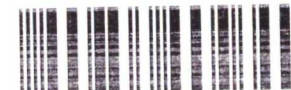
SETE LAGOAS - MG

35.782.845/0001-9
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JESSICA BARBOSA LIMA
Rua Floriano Peixoto, 129
Bairro Centro - CEP: 05700-040
SETE LAGOAS - MG



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

390014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/01/20	4-Data de Autorização 26/11/01/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7934437	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202521185500116901		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 LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano LEONARDO EUSTAQUIO FERREIRA			

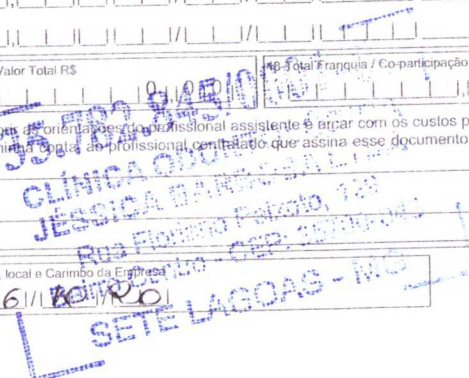
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMASTER CLINICA ODONTOLOGICA		18-Número no CRO 44158		19-UF MG	20-Código CBO S 04	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11060648601		22-Nome do Contratado Executante JESSICA 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			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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição										
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			06/10/20		
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\$	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 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
---------------	---	---	---	---





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

385960
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 21/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917517	7-Data Validade da Senha 28/12/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500221402	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 LILIAN MARIELE B SILVA VIANA	14-Telefone () 3772-5799	15-Nome do titular do plano ILDIMAR SOARES VIANA		

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	21/11/2012		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

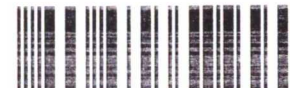
43-Data Previsão Término do Tratamento 21/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 35.782,845/0001-60
--	--	---	---------------------------------	--

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 a 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 assistente, 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 21/11/2012 B	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 B	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012 Lilian P.	53-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 21/11/2012 JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
---	---	---	---





407594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8006921	7-Data Validade da Senha 26/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202521185500221402	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 LILIAN MARIELE B SILVA VIANA		14-Telefone () 3772-5799	15-Nome do titular do plano ILDIMAR SOARES VIANA	

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	38		1	73,00	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 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 73,00	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 pré 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
---	---	---	---

35/10/20
CLINICA ODONTOLOGICA
JESSICA BARBOSA NASCIMENTO
Rua Floriano Peixoto, 100
Bairro Centro - CE
SETE LARGO