

2-N-



Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N°



1-Registro ANS 406414	3-Dia da Emissão da Guia 12 5 1 0 5 1 2 0	4-Data de Autorização 	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 316412	7-Dia Validade da Senha 12 3 1 0 8 1 2 0
--------------------------	--	---------------------------	---	--------------------------------------	---

316412
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira	000202506065500104802
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Dia Vencido da Carteira	U//U//U

13- Nome	ROBERTA PORTES DE PEREIRA	07/07/1980	(3 1 1)	10 0 0 0 0 - 0 0 0 0 0	14- I 980096
I 980096	SILVANE ALVES PEREIRA				

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA	18-Número no CRO 43387	19-Uf MG	20-Código CBO S 025
--------------------------	--	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF)	22-Nome do Contratado Emplacante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 0 8 2 4 2 9 8 6 4 0	SUZANE DE FATIMA VIEIRA	43387	MG	

26-Nome do Profissional Escrivante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
SUZANE DE FATIMA VIEIRA	43387	MG	

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

	30 - Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-ID#	36-Qualidade US	37-Vetor	38-Financoo Participação R\$	39-Alí	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
--	-------------	---------------------------	--------------	----------------	---------	--------	-----------------	----------	------------------------------	--------	----------------------	--------------------	---------------

[illegible][illegible]

5. _____

1. 2.

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. ☐

1945 1950 1955 1960 1965 1970 1975 1980 1985 1990 1995

1995

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

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	52
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	----

	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
15				
16				

44-Data Previsto Término do Tratamento	/ /	/ /
44-Tipo de Atendimento	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência
45-Total 2-Parcial	4	2
	0	0
	0	0
	0	0

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

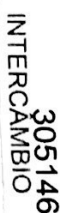
19-Observação

[illegible]

61-Dent, local e Assistência de Cirurgio-Dentista	62-Dent, local e Assistência de Beneficiário / Responsável
63-Dent, local e Cambio de Propriedade	
64-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
65-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
66-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
67-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
68-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
69-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
70-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
71-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
72-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
73-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
74-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
75-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
76-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
77-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
78-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
79-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
80-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
81-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
82-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
83-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
84-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
85-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
86-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
87-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
88-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
89-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
90-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
91-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
92-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
93-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
94-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
95-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
96-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
97-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
98-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
99-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	
100-Dent, local e Atendimento de Beneficiário	

[illegible]

24



Digitalizada com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 4066414 3-Dia de Emissão da Guia 11/10/14 4-Dia de Autorização 11/10/14 5-Serinha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 305949 7-Dia Validade da Serinha 10/07/12 8-Número da Carteira 101020252867580000101 9-Parturo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/10/14 12-Número do Cartão Nacional de Saúde INTERCÂMBIO 305949

13-Nome ANIE CRISTINE SILVA GARCIA 16/09/1987 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANIE CRISTINE SILVA GARCIA 16/09/1987

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110824298640 22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 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-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	0181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00						
2-10	0185300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	12	1	8,00							
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

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

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

49-Observação Paciente em tratamento desde 12 de março de 2012 por reabsorção a pulso e arcas em tratamento. 50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 11/10/14 51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista 11/10/14 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/14 53-Dia, local e Cartão da Empresa 11/10/14

2.4. No

305331
INTERCÂMBIO

305331
INTERCAMBIO

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

[illegible]Digitized by Google[illegible]

you're going to be able to do it, but you're going to be able to do it.

51-Data local e Assinatura do(a) Contribuinte	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário, Responsável	53-Data local e Cópia da Empresa
---	--	----------------------------------

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

53-Datiz local e Contorno da Empresa

del Enrico VIII

1111

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 10/7/10 5/12/10 3-Data de Autorização 11/1/11 4-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 311242 7-Data Validade da Sentença 10/5/10 8/12/10

311242
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/02/02 5/2/9 3/9 9/7/0 0/0 0/1 0/2 1

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira 11/1/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome GABRIELA EDUARDA MOREIRA GOMES

04/07/2008

14-Teléfono (11) 92181818

15-Nome do titular do plano APARECIDA KATIA MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN SUZANE DE FATIMA VIEIRA

17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

18-Número no CRO 43387

19-UF MG

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF SUZANE DE FATIMA VIEIRA

22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

23-Número no CRO 43387

24-UF MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA

27-Número no CRO 43387

28-UF MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 42,10 47-Valor Total R\$ 0,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

paciente admitida em consultório suíço, com dor na região do dente 25. Anestesiada, medicada e encaminhada para o especialista.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Societário 07/10/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/10/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/10/2010

SUZANE DE FATIMA VIEIRA
CIRURGEA DENTISTA
CRO-MG 43387

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 5/12/10 4-Data de Autorização 1/1/1/1/1/1 5-Semeta PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 311124 7-Data Validade da Semeta 10/5/10 18/12/10

311124
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025060655001456011 9-Primo POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome JUNIO GOUVEIA DOS SANTOS ALVES 14-Telefone (131) 0100010000 15-Nome do titular do plano JUNIO GOUVEIA DOS SANTOS ALVES 16-Data Validade da Carteira 17-Data Validade da Carteira 18-Data Validade da Carteira 19-Data Validade da Carteira 20-Data Validade da Carteira 21-Data Validade da Carteira 22-Data Validade da Carteira 23-Data Validade da Carteira 24-Data Validade da Carteira 25-Data Validade da Carteira 26-Data Validade da Carteira 27-Data Validade da Carteira 28-Data Validade da Carteira 29-Data Validade da Carteira 30-Data Validade da Carteira 31-Data Validade da Carteira 32-Data Validade da Carteira 33-Data Validade da Carteira 34-Data Validade da Carteira 35-Data Validade da Carteira 36-Data Validade da Carteira 37-Data Validade da Carteira 38-Data Validade da Carteira 39-Data Validade da Carteira 40-Data Validade da Carteira 41-Data Validade da Carteira 42-Data Validade da Carteira 43-Data Validade da Carteira 44-Data Validade da Carteira 45-Data Validade da Carteira 46-Data Validade da Carteira 47-Data Validade da Carteira 48-Data Validade da Carteira 49-Data Validade da Carteira 50-Data Validade da Carteira 51-Data Validade da Carteira 52-Data Validade da Carteira 53-Data Validade da Carteira 54-Data Validade da Carteira 55-Data Validade da Carteira 56-Data Validade da Carteira 57-Data Validade da Carteira 58-Data Validade da Carteira 59-Data Validade da Carteira 60-Data Validade da Carteira 61-Data Validade da Carteira 62-Data Validade da Carteira 63-Data Validade da Carteira 64-Data Validade da Carteira 65-Data Validade da Carteira 66-Data Validade da Carteira 67-Data Validade da Carteira 68-Data Validade da Carteira 69-Data Validade da Carteira 70-Data Validade da Carteira 71-Data Validade da Carteira 72-Data Validade da Carteira 73-Data Validade da Carteira 74-Data Validade da Carteira 75-Data Validade da Carteira 76-Data Validade da Carteira 77-Data Validade da Carteira 78-Data Validade da Carteira 79-Data Validade da Carteira 80-Data Validade da Carteira 81-Data Validade da Carteira 82-Data Validade da Carteira 83-Data Validade da Carteira 84-Data Validade da Carteira 85-Data Validade da Carteira 86-Data Validade da Carteira 87-Data Validade da Carteira 88-Data Validade da Carteira 89-Data Validade da Carteira 90-Data Validade da Carteira 91-Data Validade da Carteira 92-Data Validade da Carteira 93-Data Validade da Carteira 94-Data Validade da Carteira 95-Data Validade da Carteira 96-Data Validade da Carteira 97-Data Validade da Carteira 98-Data Validade da Carteira 99-Data Validade da Carteira 100-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 1010824298640 22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00						
2-00	85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	14		1	8,00						
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 Fraturamento

46-Tipo de Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Tipo de Fratura / 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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Comprovação *vacuíst catenado em corte de rugosidade, com den 9 feito radiografia, oclusal, maxilar e*

curatubato para especialista

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

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, Local e Cartão de Entrega

SUZANE DE FATIMA VIEIRA
CIRURGEA DENTISTA
CRO MG 43387

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2014 4-Data de Autuação 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 305268 7-Data Validade da Sentença 10/05/2017 8-Data Validade da Sentença 10/05/2017 9-Data Validade da Sentença 10/05/2017

305268
INTERCAMBIO

10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EULER LEANDRO LEOCADIO 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EULER LEANDRO LEOCADIO

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 22-Nome do Contratado Esculante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Esculante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 28-UF MG 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-0	0	COLAGEM DE FRAGMENTOS	21	1	1	8,10,10	0,10,10	0,10,10	N			
2-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	3,4,10,10	0,10,10	0,10,10	N			
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

Observação: O paciente compareceu a clínica em questão de tratamento sob o elemento de seu tratamento

50-Data local e Assinatura do Consultor-Dentista Solicitante 51-Data local e Assinatura do Consultor-Dentista 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data local e Assinatura da Empresa

SUZANE DE FATIMA VIEIRA
CRO/MG 43387

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



310296
INTERCAMBIO

1-Registro AAS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/04/10 5/12/01 4-Dia de Autuação 1/1/1/1 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 310296 7-Dia Validado da Sentença 10/2/1/0 8/12/01

8-Número da Carteira 0002025060655001799102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Dia Validado da Carteira 1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAIS KAROLINE VALLE DA SILVA 03/05/1993 14-Telefone (31) 000000000 15-Nome do titular do plano BRUNO SANTANA SANTOS

Declaro do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Apresentamento a BN SUZANE DE FATIMA VIEIRA 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 10824298640 22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	81000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00						
2-00	85200034	TRATAMENTO EM	16	1		8,00						
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncofobia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 142,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Declaro em nome da empresa por meio da qual fui contratado a emitir a guia de tratamento odontológico para a paciente SUZANE DE FATIMA VIEIRA, inscrita no CRO sob o nº 43387, em nome da empresa CROMA, inscrita no CNPJ sob o nº 04.110.511/2019.

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/11/2019 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/2019 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 10/11/2019 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 04/11/2019 SUZANE DE FATIMA VIEIRA CIRURGIÃO-DENTISTA CROMA



308024
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/3/10 3-Data de Autorização 11/1/11 4-Santa PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 308024 7-Data Validade da Santa 12/2/10 8-Data Validade da Guia 12/2/10

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 10/02/02 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome WEIDERSON RENAN LUCAS ALVES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WEIDERSON RENAN LUCAS ALVES

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1108124298640 22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Ranço	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	1000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE CURATIVO DE DEMORA EM	44	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	12/3/10	23/04/2010	
2-00	1000056					8,00	0,00	0,00	0,00			
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Diagnóstico, Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 42,00 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, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Assinatura 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/04/10 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/10 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/10 53-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/10 54-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/10

Suzane de Fatima Vieira
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 43387

2.4.



Suzanne de Fátima Vianna
DENTISTA
CIRURGIÃO 143387
CRONIC

2. No

313812
INTERCÂMBIO

III. CONCLUSIONS

de

41- Motivo da Glosa 42-Assina

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

[illegible]

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

[illegible]

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

AB-Total Eranquia / Co-verticillaria B[illegible]

que assinale esse documento, e

202

de finibus

RGIA DENTISIA
DMDN 8387

7



318522
INTERCÂMBIO

1-Registro: ANS 406414 3-Dia de Emissão de Guia 13/01/05 11:20 4-Dia de Autorização 5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número de Guia Principal 318522 7-Dia Validade da Série 12/08/08 11:20

8-Número da Carteira 1002025060655003478011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FABIO NONATO GALDINO 25/07/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FABIO NONATO GALDINO

16-Adesamento a RIN SUZANE DE FATIMA VIEIRA 17-Nome do Profissional Solicitante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 18-Número no CRO 43387 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10824298640 22-Nome do Contratado Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 23-Número no CRO 43387 24-UF MG 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante SUZANE DE FATIMA VIEIRA 27-Número no CRO 43387 28-UF MG 29-Código CBO S

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cioss	42-Assinatura
1	008100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34,00			N	30/05/06		K. E. D. G.
2	008530063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	28	1		8,00			N	30/05/06		K. E. D. G.
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Declaração, que após ter sido devidamente esclarecido 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 assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: buche com no outro póis operadores dele at, foi medicado e arcam nhado de especialista

50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Assinatura da Empresa 54-Dia, local e Assinatura da Empresa