

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2484146

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/25	4-Data de Autorização 29/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14430208	7-Data Validade da Senha 28/11/25
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 09720146770001622		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa ANPROLI ASSOCIACAO NACIONAL		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome THAYNA SANTANA FERREIRA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			14-Telefone () -		
15-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS		15-Nome do titular do plano THAYNA SANTANA FERREIRA		

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 55645401000190	22-Nome do Contratado Executante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS LTDA	18-Número no CRO 59037	19-UF RJ	20-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS	23-Número no CRO 56875	24-UF RJ	25-Código CHES 5259347	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 59037	28-UF RJ	29-Código CBO S

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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00			30/09/25		x
2	0085300055	REMOCAO DE FATORES DE			1	34,00	0,00			30/09/25		x
3	0084000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	76,00	0,00			30/09/25		x
4	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/09/25		x
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 284,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/25 Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO: 59037	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/25 Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO: 59037	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/25 Thayna Santana Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/09/25 Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO: 59037
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2478130

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/25	4-Data de Autorização 24/09/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14410280	7-Data Validade da Senha 23/11/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 09720268926006640	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORIGEM PRESTADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENAN CESAR TEIXEIRA LAURENTINO		14-Telefone 30/05/1987	15-Nome do titular do plano LUANA CARLA DE PAULA SCUTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS	18-Número no CRO 59037	19-UF RJ	20-Código CBO S	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 55645401000190	22-Nome do Contratado Executante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS LTDA	23-Número no CRO 56875	24-UF RJ	25-Código CNES 5259347	
26-Nome do Profissional Executante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS	27-Número no CRO 59037	28-UF RJ	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	0084000112	APLICAÇÃO TÓPICA DE VERNIZ			1	76,00	0,00			25/09/25		X
2	0085300055	REMOCAO DE FATORES DE			1	34,00	0,00			25/09/25		X
3	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			25/09/25		
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-Onodontia 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\$ 0,00
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/25 Dr. Lucas Moreira CRO: 59037	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/09/25 Dr. Lucas Moreira CRO: 59037	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/09/25 X	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/09/25 Dr. Lucas Moreira CRO: 59037
---	---	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2480495

Registro ANS 106414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2019	4-Data de Autorização 25/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14418369	7-Data Validade da Senha 24/11/2025	2480495	
Nº da Carteira 09720268926006640		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ORIGEM PRESTADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
1-Nome RENAN CESAR TEIXEIRA LAURENTINO		13-Data de Nascimento 30/05/1987	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUANA CARLA DE PAULA SCUTO			
16-Idos do Contratado Responsável pelo Tratamento							
17-Atendimento a RN V	17-Nome do Profissional Solicitante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS		18-Número no CRO 59037	19-UF RJ	20-Código CBO S		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 55645401000190		22-Nome do Contratado Executante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS LTDA		23-Número no CRO 56875	24-UF RJ	25-Código CNEB 5259347	
26-Nome do Profissional Executante LUCAS MOREIRA PASSOS CAMPOS		27-Número no CRO 59037		28-UF RJ	29-Código CBO S		
30-Indicador de Tratamento / Procedimentos Solicitados							

Faturar Empresa

31-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
-	0086000209	CONTENCAO FIXA	AI		1	373,00	0,00		S	25/10/2019		RET
-	0086000608	CONTENÇÃO MOVÉL			1	950,00	0,00		S	25/10/2019		RET
-												
-												
-												
-												
-												
-												
-												
0												
1												
2												
3												
4												
5												

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 1323,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação
Procedimentos pendentes de pagamento na autorizadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2019 Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO: 59037	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2019 Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO: 59037	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2019 RET	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/10/2019 Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO: 59037
--	--	--	--

Lucas Moreira Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO-59037	Dr. Lucas Moreira Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO-59037	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável []/[]/[] x <i>Luís Saito</i>	Dr. Lucas Moreira Dr. Lucas Moreira Cirurgião-Dentista CRO-59037
--	--	---	--