OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

394543
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
06414	13/10/20	16/10/20	AUTORIZADO	7952816	11/01/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025317740000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EVERTON MACEDO RODRIGUES 17/03/1993	( ) -	EVERTON MACEDO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701255879	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	03/11/20		Everton

Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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 correntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/10/20	16/10/20	16/10/2020 EVERTON M	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 659438
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8935808	11/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202538821500000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAUANA VITORIA SERBERT FIGUEIREDO 28/09/2004	( ) -	LUCILEIA SERBET DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701258579	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-47
(I) 85100226

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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85201058	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00		S	17/08/2021		L Lucelia
2	00	85102266	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MODV	1	122,00	0,00		S	17/08/2021		L Lucelia
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	655,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/08/21	17/08/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ DENTISTA CRO/MG 26475	17/08/21 Lucelia S dos Santos	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 679716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/08/21	01/09/21	AUTORIZADO	8984842	23/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020254067030000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MIGUEL SANTANA FERREIRA 26/08/2012	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
297012585879	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	02/09/2021		
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	02/09/2021		
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	02/09/2021		
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	147,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/09/21	01/09/21 ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ DENTISTA CRO/MG 26475	01/09/21 Taciane Santana	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 665578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/08/21	19/08/21	AUTORIZADO	8953441	16/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202540670300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MIGUEL SANTANA FERREIRA 26/08/2012	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701258587 9	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		S	25/08/2021		Ana
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	433,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/08/21	19/08/21 ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ-DENTISTA CRO/MG 26475	19/08/21 Taciane Santana da Costa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 679729
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/08/21	01/09/21	AUTORIZADO	8984874	23/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205406703000001002	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA SANTANA FERREIRA 24/08/2015	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29707125587 9	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	88,00	0,00		S	01/09/2021		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	MO	1	88,00	0,00		S	01/09/2021		
3-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	01/09/2021		
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	225,00	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 e 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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/09/21	01/09/21	01/09/21 Taciane Santana Costa	/ /

ANA CAROLINA BAGANHA
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO/MG 26475

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 664923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	19/08/21	AUTORIZADO	8951429	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025406703000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA SANTANA FERREIRA 24/08/2015	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
297012585879	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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	00	84007474	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	25/03/2021		Faste
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	25/03/2021		Faste
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		S	25/03/2021		Faste
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	171,00	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 e 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 valore 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/03/21	19/03/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ-DENTISTA CRO/MG 26475	19/03/21 Taciane Santana da Costa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 656808
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/21	12/08/21	AUTORIZADO	8928011	09/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00225406703000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA SANTANA FERREIRA 24/08/2015	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
297012558719	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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-	00	85196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61	0,00		S	17/08/2021		Costa
2-	00	85196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61	0,00		S	17/08/2021		Costa
3-	00	84098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00		S	17/08/2021		Costa
4-	00	84098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00		S	17/08/2021		Costa
5-	00	84098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00		S	17/08/2021		Costa
6-	00	84098	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00		S	17/08/2021		Costa
7-	00	84074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49	0,00		S	17/08/2021		Costa
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	311,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/08/21	12/08/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ DENTISTA CRO/MG 26475	12/08/21 Taciane Santana da Costa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 614045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/21	09/07/21	AUTORIZADO	8794762	07/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205380021000001010	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO BATISTA CHAGAS 26/09/1963	( ) -	JOAO BATISTA CHAGAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701258579	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-44
(I) 85100218

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 -	00	85201616	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	44		1	258,00	0,00		S	28/07/2021		
2 -	00	85101821	RESTAURAÇÃO RESINA	44	MOD	1	122,00	0,00		S	28/07/2021		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	380,00	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 e 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 valore 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/07/21	09/07/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ-DENTISTA CRO/MG 26475	09/07/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 639523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/21	18/08/21	AUTORIZADO	8874652	27/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205380021000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO BATISTA CHAGAS 26/09/1963	( ) -	JOAO BATISTA CHAGAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701255879	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100218

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-	00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOV	1	122,00	0,00		S	19/03/2021		
2-	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	MO	1	88,00	0,00		S	19/03/2021		
3-	00185100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MOV	1	122,00	0,00		S	19/03/2021		
4-	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1	88,00	0,00		S	19/03/2021		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	420,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/03/21	18/03/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ DENTISTA CRO/MG 26475	18/03/21 João Batista	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 667256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/21	19/08/21	AUTORIZADO	8958655	17/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202580021000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO BATISTA CHAGAS 26/09/1963	( ) -	JOAO BATISTA CHAGAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100218
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
297012558791	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VP	1	88,00	0,00		S	27/08/2021		
2-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	122,00	0,00		S	27/08/2021		
3-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00		S	27/08/2021		
4-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DVP	1	122,00	0,00		S	27/08/2021		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	454,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/08/21	19/08/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ-DENTISTA CRO/MG 26475	19/08/21 Para solicitar chapa.	/ /

QdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 666409
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/08/21	19/08/21	AUTORIZADO	8955852	16/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202540670300000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCOS ROBERTO DE OLIVEIRA 04/06/1993	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701258579	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
5	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
6	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	25/03/2021		Marcos
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	354,00	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 e 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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/03/21	19/03/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ DENTISTA CRO/MG 26475	19/03/21 Marcos Roberto de Oliveira	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 655629
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/21	12/08/21	AUTORIZADO	8924512	09/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205406703000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TACIANE SANTANA DA COSTA 17/09/1991	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
29701258579	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200
(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 -	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	17/08/2021		Tacia
2 -	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MO	1	88,00	0,00		S	17/08/2021		Tacia
3 -	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	264,00	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, 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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/08/21	12/08/21 DRA. ANA CAROLINA BAGANHA CIRURGIÃ DENTISTA CRO/MG 26475	12/08/21 Taciane Santana da Costa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 664904
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	19/08/21	AUTORIZADO	8951345	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 4 0 6 7 0 3 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TACIANE SANTANA DA COSTA 17/09/1991	( ) -	TACIANE SANTANA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
2 9 7 0 1 2 5 5 8 7 9	ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA CAROLINA BAGANHA PEREIRA E OLIVEIRA	26475	MG	

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	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	02/09/2021		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MO	1	88,00	0,00		S	02/09/2021		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	02/09/2021		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	02/09/2021		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	298,00	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

ANA CAROLINA BAGANHA
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-MG 26475

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/08/21	19/08/21	19/08/21 Taciane Santana	/ /