OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JULHO/2020

CRO: 31121/RJ

Cirurgião Dentista: [16122] - MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA

Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
325574 - I	ALEX RODRIGUES DO NASCIMENTO (00379994064880319)		17/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
322491 - I	AMANDA EVANGELISTA VALADAO (00370000022016026)		09/06/2020	48	0.3	R$ 14,40
324337 - I	AMANDA EVANGELISTA VALADAO (00370000022016026)		15/06/2020	47	0.3	R$ 14,10
318765 - I	CLAUDIO BASTOS SANTOS (00379994061755670)		01/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
324773 - I	EDUARDO TRINDADE LEMOS (00370000004457059)		16/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
318631 - I	GISELLE SIMOES COTINHOLA DE OLIVEIRA (00370000017553485)		01/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
320415 - I	JOVERCINO LIMA DOS REIS (00370000031339223)		04/06/2020	270	0.3	R$ 81,00
320417 - I	JOVERCINO LIMA DOS REIS (00370000031339223)		04/06/2020	270	0.3	R$ 81,00
325586 - I	JUREMA CECILIA BORGES DO NASCIMENTO CRAV (00379994059830163)		17/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
317275 - I	LEONARDO SEVERINO DE FREITAS (00379994059530712)		27/05/2020	113	0.3	R$ 33,90
317277 - I	LEONARDO SEVERINO DE FREITAS (00379994059530712)		27/05/2020	113	0.3	R$ 33,90
325066 - I	MARCELA SOARES COELHO (00370000023568790)		16/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
326232 - I	MARCELA SOARES COELHO (00370000023568790)		18/06/2020	180	0.3	R$ 54,00
326249 - I	MARCELA SOARES COELHO (00370000023568790)		18/06/2020	360	0.3	R$ 108,00
316599 - I	MARCIA DE MIRANDA SIMOES DE MA (00370000029761126)		25/05/2020	347	0.3	R$ 104,10
324071 - I	MARCIA DE SOUZA VAZ MATEUS (00370000025764201)		15/06/2020	738	0.3	R$ 221,40
318626 - I	MARCIA SANTOS CAVALCANTE DA SI (00370000031140265)		01/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
318624 - I	NATASHA SANTOS CAVALCANTE DA S (00370000031140273)		01/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
324728 - I	NEIDIVAN MARINHO DA SILVA (00370000017716066)		16/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
325071 - I	PATRICIA SOARES (00370000032235952)		16/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
325207 - I	PAULO ROBERTO MAIA DOS SANTOS (00370000023715602)		16/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
324782 - I	PRISCILA NEVES DA SILVA (00370000032515416)		16/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
317737 - I	ROSANI TEIXEIRA DA SILVA (00370000023568804)		28/05/2020	270	0.3	R$ 81,00
318615 - I	ROSANI TEIXEIRA DA SILVA (00370000023568804)		01/06/2020	270	0.3	R$ 81,00
320351 - I	SERGIO TAVARES GOVEIA (00379994061907577)		04/06/2020	323	0.3	R$ 96,90
325584 - I	SIMONE DE SOUZA CARVALHO FERREZ (00370000016031906)		17/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
322307 - I	TAIS ROSANA DE MENDONCA JOSEPH (00379994061907690)		09/06/2020	347	0.3	R$ 104,10
318991 - I	VICTOR HUGO SIMOES DE MATTOS (00370000029761118)		01/06/2020	347	0.3	R$ 104,10

Totalizador por Operadora

Nº de USOs:	8554
Nº de atendimentos:	28
Valor:	R$ 2.566,20

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/20	4-Data de Autorização 17/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166660	7-Data Validade da Senha 15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0037999406488031 9	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700008372924702
13-Nome ALEX RODRIGUES DO NASCIMENTO 23/12/1973	14-Telefone ( )	15-Nome do titular do plano ALEX RODRIGUES DO NASCIMENTO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	23/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
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 347,00	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 er 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 23/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 09/06/20
4-Data de Autorização: 09/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50165694
7-Data Validade da Senha: 07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000022016026
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DELGADO DE CARVALHO
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: AMANDA EVANGELISTA VALADAO 30/04/2003
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CLAUDIA REGINA EVANGELISTA VALADAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12,00	0,00	,	S	16/06/20		Amanda
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12,00	0,00	,	S	16/06/20		Amanda
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12,00	0,00	,	S	16/06/20		Amanda
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12,00	0,00	,	S	16/06/20		Amanda
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: 48,00
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 er 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: 16/06/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: __/__/__ Amanda Valadão
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324337
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 15/06/20
4-Data de Autorização: 15/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50157575
7-Data Validade da Senha: 13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 0037000002201602 6
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DELGADO DE CARVALHO
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: AMANDA EVANGELISTA VALADAO 30/04/2003
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CLAUDIA REGINA EVANGELISTA VALADAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	16/06/20		Amanda
2-							,	,	,		/ /		
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: 47,00
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 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: 16/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/06/20 Amanda Valadão
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164707	7-Data Validade da Senha 30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00379994061755670	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705606473198911
13-Nome CLAUDIO BASTOS SANTOS 07/05/1969		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano CLAUDIO BASTOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	04/06/20		
2- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	04/06/20		
3- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	04/06/20		
4- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	04/06/20		
5- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	04/06/20		
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 347,00	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 Solicitante 04/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324773
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166324	7-Data Validade da Senha 14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000000445 7059	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GEISMAR DO BRASIL MATERIAL	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDUARDO TRINDADE LEMOS 23/02/1987		14-Telefone ( )	15-Nome do titular do plano EDUARDO TRINDADE LEMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	23/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00		S	23/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00		S	23/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00		S	23/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00		S	23/06/20		
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 347,00	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 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 23/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318631
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 01/06/20
4-Data de Autorização: 01/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50164653
7-Data Validade da Senha: 30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 00370000017553485
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: 01 ADMINISTRACAO
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saude:
13-Nome: GISELLE SIMOES COTINHOLA DE OLIVEIRA 18/02/1983
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: GISELLE SIMOES COTINHOLA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0568536070 3
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	22/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	22/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	22/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	22/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	22/06/20		
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 22/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 22/06/2014
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/20	4-Data de Autorização 04/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50157350	7-Data Validade da Senha 02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000003133923	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705608461976916
13-Nome JOVERCINO LIMA DOS REIS 13/02/1958		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	90,00	0,00	,	S	16/06/20		
2- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	90,00	0,00	,	S	16/06/20		
3- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	90,00	0,00	,	S	16/06/20		
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 270,00	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 er 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 16/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/20 x	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 04/06/20
4-Data da Autorização: 04/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50157351
7-Data Validade da Senha: 02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 00370000031339223
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: 01 ADMINISTRACAO
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 705608461976916
13-Nome: JOVERCINO LIMA DOS REIS 13/02/1958
14-Telefone: ( )
15-Nome do titular do plano: JANAINA GALIZA NUNES DOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	90,00	0,00	,	S	16/06/20		X
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	90,00	0,00	,	S	16/06/20		✓
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	90,00	0,00	,	S	16/06/20		X
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: 270,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325586
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 17/06/20
4-Data de Autorização: 17/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166667
7-Data Validade da Senha: 15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00379994059830163
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JUREMA CECILIA BORGES DO NASCIMENTO CRAV 20/04/1954
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: JUREMA CECILIA BORGES DO NASCIMENTO CRAV

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0568536070 3
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	23/06/20		Jurema
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Jurema
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Jurema
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Jurema
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Jurema
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: 347,00
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 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: 23/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 23/06/20 Jurema
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317275
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 27/05/20
4-Data de Autorização: 28/05/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50157204
7-Data Validade da Senha: 25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037999405953071 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: MERCEARIA DA ESTRADA VELHA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LEONARDO SEVERINO DE FREITAS 21/08/1967
14-Telefone: (___) _____-_____
15-Nome do titular do plano: LEONARDO SEVERINO DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 -
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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	113,00	0,00	,	S	04/06/20		
2							,	,	,		/ /		
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: 113,00
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: * Conforme manual, não é necessário fotos quando a restauração não acomete faces proximais.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: ___/___/___
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 04/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 04/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: ___/___/___

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317277
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 27/05/20
4-Data de Autorização: 28/05/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50164275
7-Data Validade da Senha: 25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037999405953071 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: MERCEARIA DA ESTRADA VELHA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LEONARDO SEVERINO DE FREITAS 21/08/1967
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: LEONARDO SEVERINO DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 -
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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	113,00	0,00	,	S	04/06/20		
2-							,	,	,		/ /		
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: 113,00
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: Conforme manual, só é necessário fotos ou rx de restaurações que acometem faces proxim...

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 04/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 04/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/20	4-Data da Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50166430	7-Data Validade da Senha 14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000023568790	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700002927085603
13-Nome MARCELA SOARES COELHO 19/10/1977		14-Telefone ( )	15-Nome do titular do plano MARCELA SOARES COELHO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	18/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00		S	18/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00		S	18/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00		S	18/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00		S	18/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista 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 347,00	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 er 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 18/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/20 Marcela Coelho	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326232
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 18/06/20
4-Data de Autorização: 18/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166892
7-Data Validade da Senha: 16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000023568790
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700002927085603
13-Nome: MARCELA SOARES COELHO 19/10/1977
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MARCELA SOARES COELHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	90,00	0,00	,	S	25/06/20		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	90,00	0,00	,	S	25/06/20		
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: 180,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 18/06/20
4-Data da Autorização: 18/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166895
7-Data Validade da Senha: 16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 0037000002356879 0
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700002927085603
13-Nome: MARCELA SOARES COELHO 19/10/1977
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MARCELA SOARES COELHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	90,00	0,00	,	S	26/06/20		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	90,00	0,00	,	S	26/06/20		
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	90,00	0,00	,	S	26/06/20		
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	90,00	0,00	,	S	26/06/20		
5-							,	,	,	S	26/06/20		
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: 360,00
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 er 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: 26/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 26/06/20 x Marcela S. Coelho
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 25/05/20
4-Data de Autorização: 28/05/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50163994
7-Data Validade da Senha: 23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 0037000002976112 6
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 706808251850920
13-Nome: MARCIA DE MIRANDA SIMOES DE MA 17/11/1961
14-Telefone: ( ) ____-____
15-Nome do titular do plano: JOSE MARIA LOPES DE MATTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	09/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/06/20 Marcia de Miranda
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 15/06/20
4-Data de Autorização: 15/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50157536
7-Data Validade da Senha: 13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000025764201
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: CLUB MUNICIPAL ANTIGA 46663
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 706806278540629
13-Nome: MARCIA DE SOUZA VAZ MATEUS 08/09/1960
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MARCIA DE SOUZA VAZ MATEUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0568536073
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-27
(I) 81000421-

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	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	710,00	0,00	,	S	16/06/20		
2-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28,00	0,00	,	S	16/06/20		
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: 738,00
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: * RX NA web

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/06/20 x
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/06/20	4-Data de Autorização 01/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50164651	7-Data Validade da Senha 30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00370000031140265	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702103746041899

13-Nome MARCIA SANTOS CAVALCANTE DA SI 14/06/1970	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano WAGNER OLIVEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	47,00	0,00	,	S	15/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	15/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	15/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	15/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	15/06/20		
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 347,00	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 Solicitante __/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318624
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 01/06/20
4-Data de Autorização: 01/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50164650
7-Data Validade da Senha: 30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 00370000031114027 3
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: 01 ADMINISTRACAO
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700406975279447
13-Nome: NATASHA SANTOS CAVALCANTE DA S 16/12/1997
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: WAGNER OLIVEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0568536070 3
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	15/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00		S	15/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00		S	15/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00		S	15/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00		S	15/06/20		
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 15/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 16/06/20
4-Data de Autorização: 16/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166306
7-Data Validade da Senha: 14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000001771606 6
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INFOSEG INFORMATICA E
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: NEIDIVAN MARINHO DA SILVA 31/12/1971
14-Telefone: (__) _____-_____
15-Nome do titular do plano: PEDRO GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	23/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		
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: 347,00
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 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: 23/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 23/06/20 x
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325071
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 16/06/20
4-Data da Autorização: 16/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166432
7-Data Validade da Senha: 14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000003223595 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: P&G MONTAGENS DE F
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 708507305120370
13-Nome: PATRICIA SOARES 14/03/1979
14-Telefone: ( ) ____-____
15-Nome do titular do plano: PATRICIA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	19/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/06/20 Patricia Soares
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325207
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 16/06/20
4-Data de Autorização: 16/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166494
7-Data Validade da Senha: 14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 0037000002371560 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PAULO ROBERTO MAIA DOS SANTOS 19/07/1958
14-Telefone: ( )
15-Nome do titular do plano: PAULO ROBERTO MAIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	23/06/20		Paulo
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Paulo
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Paulo
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Paulo
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		Paulo
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 23/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 23/06/20 Paulo Maia
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 16/06/20
4-Data de Autorização: 16/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166325
7-Data Validade da Senha: 14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000032515416
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: 01 ADMINISTRACAO
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 703205624512497
13-Nome: PRISCILA NEVES DA SILVA 23/04/1990
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: PRISCILA NEVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	19/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	19/06/20		
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 28/05/20
4-Data de Autorização: 28/05/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50157231
7-Data Validade da Senha: 26/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000002356804
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700703955673780
13-Nome: ROSANI TEIXEIRA DA SILVA 09/01/1968
14-Telefone: ( ) ____-____
15-Nome do titular do plano: ROSANI TEIXEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	90,00	0,00	,	S	18/06/20		x
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	90,00	0,00	,	S	18/06/20		x
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	90,00	0,00	,	S	18/06/20		x
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: 270,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/06/20 x Rosani Teixeira da Si
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 01/06/20
4-Data de Autorização: 01/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50164646
7-Data Validade da Senha: 30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000023568804
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700703955673780
13-Nome: ROSANI TEIXEIRA DA SILVA 09/01/1968
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ROSANI TEIXEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	90,00	0,00	,	S	18/06/20		Rosani
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	90,00	0,00	,	S	18/06/20		Rosani
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	90,00	0,00	,	S	18/06/20		Rosani
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: 270,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/06/20, Rosani Teixeira da Silva
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 04/06/20
4-Data de Autorização: 04/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50165068
7-Data Validade da Senha: 02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00379994061907577
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SERGIO TAVARES GOVEIA 28/01/1966
14-Telefone: ( ) ____-____
15-Nome do titular do plano: SERGIO TAVARES GOVEIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MVO	1	143,00	0,00	,	S	09/06/20		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	90,00	0,00	,	S	/ /		
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	90,00	0,00	,	S	09/06/20		
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: 323,00
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: Foto 16 na web.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325584
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 17/06/20
4-Data de Autorização: 17/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166665
7-Data Validade da Senha: 15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000160319 06
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SIMONE DE SOUZA CARVALHO FERREZ 14/02/1969
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: SIMONE DE SOUZA CARVALHO FERREZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 -
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	23/06/20		X
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		X
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		X
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		X
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	23/06/20		X
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 23/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 23/06/20 Simone Ferrez
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322307
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/06/20	4-Data de Autorização 09/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50165630	7-Data Validade da Senha 07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 00379994061907690	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701408670575239
13-Nome TAIS ROSANA DE MENDONCA JOSEPH 28/10/1971		14-Telefone (__) ____-____	15-Nome do titular do plano TAIS ROSANA DE MENDONCA JOSEPH	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	18-Número no CRO 31121	19-UF RJ	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05685360703	22-Nome do Contratado Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA	23-Número no CRO 31121	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA		27-Número no CRO 31121	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 -
Faturar Empresa

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	17/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	17/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	17/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	17/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	17/06/20		
6-							,	,	,		/ /		
7-							,	,	,		/ /		
8-							,	,	,		/ /		
9-							,	,	,		/ /		
10							,	,	,		/ /		
11							,	,	,		/ /		
12							,	,	,		/ /		
13							,	,	,		/ /		
14							,	,	,		/ /		
15							,	,	,		/ /		

43-Data Previsão Termino 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 347,00	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 Solicitante __/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/06/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/06/20 Tais R Joseph	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318991
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 01/06/20
4-Data de Autorização: 01/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50164760
7-Data Validade da Senha: 30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira: 0037000002976111 8
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 704100221622280
13-Nome: VICTOR HUGO SIMOES DE MATTOS 18/04/1999
14-Telefone: (__) ____-____
15-Nome do titular do plano: JOSE MARIA LOPES DE MATTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
18-Número no CRO: 31121
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05685360703
22-Nome do Contratado Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
23-Número no CRO: 31121
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MABEL DOS SANTOS SERENO HENRIQUE CUNHA
27-Número no CRO: 31121
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-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	09/06/20		x Victor Mattos
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		x Victor Mattos
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		x Victor Mattos
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		x Victor Mattos
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	75,00	0,00	,	S	09/06/20		x Victor Mattos
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: 347,00
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 Solicitante: __/__/__
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/06/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/06/20 x Victor Mattos
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__