OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: DEZEMBRO/2020

Razão Social: CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP

CNPJ: 20472213000123 (CLIDEN CLINICA DENTARIA LTDA - EPP - EMERGENCIA COMERCIAL)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 5460/MG Cirurgião Dentista: (14724) - JOSE JOAQUIM MENDES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
405302 - I	ELIZABETH VILA NOVA (00202529078700000101)		26/10/2020	88	0.3	R$ 26,40
407409 - I	JACELIA ANIZIO MANOEL (00202530238400000101)		28/10/2020	88	0.3	R$ 26,40
407423 - I	BRENDA LOUISE SOUSA SOARES (00202530284100000103)		28/10/2020	34	0.3	R$ 10,20
407775 - I	JANAINA REGINA DE SOUSA (00202530284100000101)		29/10/2020	73	0.3	R$ 21,90
408891 - I	PAULO EDUARDO RAMOS RAMOS CUNHA (00202531947600000102)		30/10/2020	73	0.3	R$ 21,90
419492 - I	WARLEI LUIZ FERREIRA (00202532560200000102)		16/11/2020	259	0.3	R$ 77,70

Totalizador

N° de USOs:	615
N° de atendimentos:	6
Valor:	R$ 184,50

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	615
N° de atendimentos:	6
Valor:	R$ 184,50

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	615
N° de atendimentos:	6
Valor:	R$ 184,50

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

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 01/12/2020 11:21

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407409
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	28/10/20	03/11/20	AUTORIZADO	8006059	26/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202538402000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JACELIA ANIZIO MANOEL 16/08/1988	( ) -	JACELIA ANIZIO MANOEL

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17744814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	88,00	0,00		S	04/11/20		Jacelia A M
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

20.472.213/0001-23
ALDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av. Afonso Pena, 748 - Conj 100
B. Centro - CEP 30130-00
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE MG

43-Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Internação	46-Total Quantidade US	47-Valor Total	48-Total Franquia / Co-participação R$
04/11/2020	1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		88,00	0,00	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, benefícios e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, 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, de caráter ambulatorial, foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com o valor não previsto em contrato.

50-Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data	53-Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data
04/11/2020	04/11/2020	04/11/2020	Jacelia A M	04/11/2020

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 405302
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	26/10/20	03/11/20	AUTORIZADO	7997288	24/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529078700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIZABETH VILA NOVA 13/02/1976	( ) -	ELIZABETH VILA NOVA

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17744814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	03/11/20		Elizabeth
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

20.472.213/0001-2
ZUDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av. Afonso Pena, 748 Conj. 1001
B. Centro CEP 30130-005
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE

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$
03/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	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
03/11/20	03/11/20	03/11/20 Elizabeth Vila Nova	03/11/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407775
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	29/10/20	04/11/20	AUTORIZADO	8007884	27/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205341028400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANAINA REGINA DE SOUSA 17/09/1986	( ) -	JANAINA REGINA DE SOUSA

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17744814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00		S	04/11/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

20.472.213/0001-23
JIDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av Afonso Pena, 748 - Conj 100
B. Centro - CEP 30130-003
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE

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$
04/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	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
04/11/20	04/11/20	04/11/20	04/11/20

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407423
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	28/10/20	04/11/20	AUTORIZADO	8006150	26/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205302841000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRENDA LOUISE SOUSA SOARES 14/10/2006	( ) -	JANAINA REGINA DE SOUSA

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17474814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	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-		00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

20.472.213/0001-2
ELDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av Afonso Pena, 748 - Conj 106
B Centro - CEP 30130-00
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE MG

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$
28/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	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 Assistente	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Carimbo da Empresa
28/10/20	28/10/20	28/10/20	28/10/20

Matheus

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 408891
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	30/10/20	05/11/20	AUTORIZADO	8012706	28/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205319476000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO EDUARDO RAMOS RAMOS CUNHA 03/07/2008	( ) -	JANETE DO SOCORRO RAMOS DA SILVA

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17744814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	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	82008859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	05/11/20		Janete R.
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

20.472.213/0001-23
GLIDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av Afonso Pena, 748 - Conj 100
B Centro - CEP 30130-003
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE - MG

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$
05/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	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
05/11/20	05/11/20	05/11/20 Janete R.	05/11/20

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 419492
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	16/11/20	19/11/20	AUTORIZADO	8055575	14/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532560200000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WARLEI LUIZ FERREIRA 17/08/1987	( ) -	JANAINA ALMEIDA DE AMARAL

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17744814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-38

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-		00820012944	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	19/11/20		
2-		00820008755	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	19/11/20		
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

20.472.213/0001-23
ALIDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av Afonso Pena, 748 - Conj 100
B. Centro - CEP 30130-000
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE

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$
19/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	259,00	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
19/11/20	19/11/20	19/11/20	19/11/20

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 424187

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela: 424187

dos do Contratado

6 - Código na Operadora: 204722130001 23

7 - Nome do Contratado: 5460/MG - JOSE JOAQUIM MENDES

dos do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código de Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa: Codigo Cocuto 82000875

12 -

dos do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 400549

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 400549

15 - Status: RECURSO DE

16 - Beneficiário: 00202531388700000101 - DAIANA MARCELINA DE CARVALHO

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

dos dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região / 29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa
21/10/2020	18		01	94	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS	3044
5580							
000							

32 - Valor Total Recursado (R$): 5580

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

34 - Data do Recurso: 01/12/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora: 01/12/2020

37 - Assinatura da Operadora:

José Joaquim Mendes
Cirurgião Dentista
CRO-MG 5460

20.472.213/0001-2
SUDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av. Afonso Pena, 748 - Conj. 100
B. Centro - CEP 30130-00
Tel.: 3207-550
BELO HORIZONTE - MG

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 400549
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	21/10/20	27/10/20	AUTORIZADO	7977759	19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531388700001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAIANA MARCELINA DE CARVALHO 07/12/1997	( ) -	DAIANA MARCELINA DE CARVALHO

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	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17744814649	JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE JOAQUIM MENDES	5460	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-18

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	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	27/10/2020		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

20.472.213/0001-2
ZIDEN CLÍNICA DENTÁRIA LTDA
Av Afonso Pena, 748 - Conj 100
B. Centro - CEP 30130-003
Tel.: 3207-5500
BELO HORIZONTE

55,80

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$
27/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	186,00	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
27/10/20	27/10/20	27/10/20	27/10/20