Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

505609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	406414
2-Data de Emissão da Guia	22/03/21
4-Data de Autorização	25/03/21
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8611014
7-Data validade da Senha	20/06/21
8-Número do Cartão	0202 5363 7600 0000 1001
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Operadora	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade do Cartão	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	LUCIANO ALVES DE SANTANA 06/06/1974
14-Sexo	
15-Nome do Beneficiário	LUCIANO ALVES DE SANTANA
16-Atendimento a RN	N
17-Nome do Profissional Executante	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO
18-Número do CRO	4775
19-UF	DF
20-Código CNES	03
025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	52353524110
22-Nome do Contratado Executante	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES
23-Número do CRO	4775
24-UF	DF
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES
27-Número do CRO	4775
28-UF	DF
29-Código CNES	

30-Data	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Percentual Coparticipação R$	39-Ace	40-Data de Realização	41-Nome da Dente	42-Assinatura
	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	1	0,00	0,00	S	25/03/21		
	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	1	0,00	0,00	S	25/03/21		
	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	1	0,00	0,00	S	25/03/21		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R$	48-Total Participação / Coparticipação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia Hospitalar	1-Total 2-Parcial	18300	0,00	

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

49-Observação:

50-Data, local e assinatura do beneficiário	51-Data, local e assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data, local e assinatura do Executante / Responsável	53-Data, local e carimbo da Empresa
25/03/21 Dra. Patrícia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	25/03/21 Dra. Patrícia Galvão Especialista em Implante CRO-DF 4775 IE 2519	25/03/21 Luciano	

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

485619
INTERCÂMBIO

406414	25/02/21	03/03/21	AUTORIZADO	8334341	26/05/21

00025455334341	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	
VITORIA DA SILVA FERREIRA 21/05/2001			VITORIA DA SILVA FERREIRA

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52352524110	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Faturar Empresa

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Participação/Co-participação R$	Data	Data de Realização	Assinatura
00	85101061	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61	0,00	0,00		03/03/21	Vitória
00	85101061	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61	0,00	0,00		03/03/21	Vitória
00	85101061	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61	0,00	0,00		03/03/21	Vitória

Data Provável Término do Tratamento: Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Urgência Radiológica 3-Urgência 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial | Total Quantidade UR: 183,00 | Valor Total R$: 0,00 | Total Participação / Co-participação R$:

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

Observação:

02/03/21 | Dra Patricia Galvão Cirurgião Dentista CRO-DF 4775 | 03/03/21 | Dra Patricia Galvão Implantodontista CRO-DF 4775 ID 2510 | 03/03/21 Vitória da Silva | Data, Assinatura e Carimbo da Enfermeira

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

504031
INTERCÂMBIO

406414	19/03/2021	23/03/2021	AUTORIZADO	8402916	17/06/2021

0002 0262 5340 0000	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
CLAUDIO SALAZAR SOUSA	20/11/1962		CLAUDIO SALAZAR SOUSA	

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52 3 5 2 4 1 1 0 4	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Petuter Empresa
Enviar - RX
01.851.000

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Quantidade	Face	Cor	Coordenadas	Valor	Data de Realização
	0 5 0 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OO	1	8 8 0 0	0 0 0	5 07 08 21

	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia Hospitalar		8 8 0 0	0 0 0

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

Obs/Observação:

Dr. Patricia Galvão
CRO-DF 4775

07/07/2021

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

460607
INTERCÂMBIO

406414	22/01/21	15/03/21	AUTORIZADO	820584

Data Validade da Senha: 22/04/21

Dados do Beneficiário

Número do Cartão: 0020205309000000001021	Plano: POS REDE PRESTADORA	Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	Data Validade do Cartão: / /
Nome: MIRIAN DA SILVA FONTINELE 25/01/1968	Telefone:	Nome do Médico Assistente: CLAUDIO SALAZAR SOUSA	

Dados do Contratado Executante do Tratamento

Credenciado: N	Nome do Prestador Contratado: CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	Número no CRO: 4775	UF: DF	Código CRO-E: 03
Código do Executante: 0205214	Nome do Cirurgião Executante: PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	Número no CRO: 4775	UF: DF	Código CBO:
Nome do Profissional Executante: PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		Número no CRO: 4775	UF: DF	Código CBO-S:

025 - Faturar Empresa

Dados do Tratamento / Procedimentos Realizados

Dente	Código de Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Data
0	0000050	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	15/03/21
0	0000350	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	15/03/21
0	0000350	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	15/03/21
0	0000350	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	15/03/21
0	0000350	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	15/03/21

Data Provável Término do Tratamento: / / | Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Cirurgia/Endodontia | Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial | Total Guia/Lote: 1780,00 | Valor Total R$: 0,00 | Valor Total Franquia de Co-participação R$: 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não procedi omissão, falsidade ou erro, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Descrição:

15/03/21 — Dr. Patricia Galvão, Endodontia, CRO-DF 4775 IE 2519

15/03/21 — Assinatura do Beneficiário

Data Assinatura Contratado da Empresa: / /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

502385
INTERCÂMBIO

400414	18/03/21	18/03/21	AUTORIZADO	8395497	16/06/21

00203215317130000101	POS REDE PRESTADORA	OENTAL UNI COOPERATIVA	
MOIZES JOSE FRANCISCO 07/11/1968			MOIZES JOSE FRANCISCO

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52323511104	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Faturar Empresa

Código	Código de Procedimento	Descrição	Dente	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Participação/Co-participação R$	Rol	Data de Realização	Assinatura
00815005		CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	18/03/21	
00853004707		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00		0,00	S	18/03/21	
00853004707		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00		0,00	S	18/03/21	
00853004707		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00		0,00	S	18/03/21	
00853004707		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00		0,00	S	18/03/21	

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Guia/Lote R$: 178,00 | Total R$: 0,00 | Total Participação/Co-participação R$: 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e demais ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

18/03/21 — DR PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES CRO-DF 4775 ID 26

18/03/21 — DR PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES CRO-DF 4775 ID 26

Data Inicial e Carimbo da Empresa

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

500292
INTERCÂMBIO

406414	16/03/21	18/03/21	AUTORIZADO	8390715	14/06/21

00202535364101010000	PDS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
LUCIANO ALVES DE SANTANA 06/05/1974		LUCIANO ALVES DE SANTANA		

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52353524110	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Faturar Empresa

Tabela	Código de Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd.	Quantidade JS	Valor	Participação/Co-participação R$	Data de Realização	Assinatura
00	81010085	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	18/03/21	Luciano
00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	18/03/21	Luciano
00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	18/03/21	Luciano
00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	18/03/21	Luciano
00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	18/03/21	Luciano

Data Revisão Termo de Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Quantidade JS: 17800

Total R$: 0,00

Total Participação/Co-participação R$: 0

Declaro que ajo de livre e espontânea vontade e de boa fé, e que sou responsável pelo pagamento dos serviços não cobertos pelo plano de saúde, conforme acordado com o profissional executante e a empresa credenciada. Declaro, ainda, que fui devidamente esclarecido sobre os procedimentos a serem realizados, seus riscos, custos e alternativas de tratamento, concordando com o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por isto assinado(s), autorizo(amos) a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações dos profissionais executores e arcar com os custos previstos em tabela de tratamento realizado, comprometendo-me a pagar aos mesmos os custos não previstos em contrato.

Observação:

Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/03/21 — Patricia Galvão, Cirurgião-Dentista, CRO-DF 4775 E 2519

Data e Assinatura do Responsável Técnico: 18/03/21 — Dr. Paulo Galvão, Especialista em Implante, CRO-DF 2775 E 2519

Data e Assinatura do Segurado/Responsável: 18/03/21 Luciano

Data Anual e Carimbo da Empresa: / /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

492536
INTERCÂMBIO

636414	05/03/21	15/03/21	AUTORIZADO	8361572	03/06/21

Dados do Beneficiário

00202541303909000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	
CLAUDIO SALAZAR SOUSA 20/11/1962			CLAUDIO SALAZAR SOUSA

Dados do Contratado Executante do Tratamento

N	CENTRO ODONTOLÓGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
02251530541	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
20.801000000

Plano de Tratamento - Procedimentos Odontológicos

Dente	Código de Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Data de Realização
1	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	15 MO	1	15/03/21

Data Previsão Término do Tratamento:
Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Anestesia 4-Urgência/Emergência
Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
Total Coparticipação (R$): 0,00
Valor Total R$: 0,00
Total Parcela / Co-participação (R$):

Declaro, que ainda de ciência, devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contratado. Declaro, ainda que não procedimentos eletivos acima, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

15/03/21 — Dr. Patricia Galvão, Odontologia, CRO-DF 4775

15/03/21 — Dr. Patricia Galvão, Odontologia, CRO-DF 4775

15/03/21

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

477082
INTERCÂMBIO

406414	15/02/21		AUTORIZADO	8298545	16/05/21

0 0 2 0 2 5 3 4 3 0 9 0 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
CLAUDIO SALAZAR SOUSA 20/11/1962		CLAUDIO SALAZAR SOUSA		

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
5 2 3 5 5 2 4 1 1 0 4	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Fabricar Empresa
Enviar - RX

1	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OMD	1	1 2 2 0 0	0 0 0 0	S	04/03/21	RA	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgias 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	1 2 2 0 0	0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que no(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) respondido(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

04/03/21 — Dr. Patricia Galvão, Especialista em Implante, CRO-DF 4775 IE 2510

04/03/21 — Dr. Patricia Galvão, Especialista em Implante, CRO-DF 4775 IE 2510

04/03/21

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

478014
INTERCÂMBIO

400414	17/02/21	08/03/21	AUTORIZADO	8302203	18/05/21

00202528080704042	POS REDE PRESTADORA	AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS	
SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS 21/10/1985		ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA	

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52353524104	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Faturar Empresa

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UO	Valor	Valor Coparticipação R$	Data	Data de Realização
1	00805030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	30	0,00	0,00	S	08/03/21
2	00805030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	30	0,00	0,00	S	08/03/21
3	00805030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	30	0,00	0,00	S	08/03/21
4	00805030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	30	0,00	0,00	S	08/03/21
5	00801010085	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	30	0,00	0,00	S	08/03/21
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

Declaro, que este ato foi devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a solução e execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos ou não previstos. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos contratos previstos em contrato.

08/03/21

Dra Patricia Galvão
Especialista em Implantodontia
CRO-DF 4775 IE 25

08/03/21

Dra Patricia Galvão
Especialista em Implantodontia
CRO-DF 4775 IE 25

08/03/21

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

493917
INTERCÂMBIO

406414 | 08/03/21 | 08/03/21 | AUTORIZADO | 8366343 | 08/06/21

0002852828887040402

PDS REDE PRESTADORA | AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS

SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS | 21/10/1985 | ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA

N | CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO | 4775 | DF | 03

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX

0225415104 | PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES | 4775 | DF

PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES | 4775 | DF

0085128028	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OVL	12200	08/03/21 x6

08/03/21 Dra Patricia Galvão CRO-DF 4275 IE 2510

08/03/21 Dra Patricia Galvão CRO-DF 4275 IE 2510

08/03/21 x6

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

478018
INTERCÂMBIO

406414	17/02/21	08/03/21	AUTORIZADO	8302214

Dados da Identificação

00202528668670800040401	POS REDE PRESTADORA	APUNSEP ASSOC ASSIST DOS	
ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA 06/12/1984			ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
0251451041	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 - Faturar Empresa

Dados do Executante - Procedimentos Realizados

Tabela	Código de Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quadrante	Data	Assinatura do Cirurgião-Dentista	Assinatura do Paciente
0	0807050047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36		08/03/21	
0	0807050047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36		08/03/21	
0	0807050047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36		08/03/21	
0	0807050047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36		08/03/21	
0	0810010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34		08/03/21	

Data Previsão Término do Tratamento	Tipo de Atendimento	Tipo de Faturamento	Valor Total	Valor Total Pago	Valor Franquia / Coparticipação
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	57,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima especificado, 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 os procedimentos descritos acima, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente	Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável	Data, Assinatura e Carimbo da Empresa
08/03/21	08/03/21 Dr Patricia Galvão Especialista em Implantodontia CRO-DF 2519	08/03/21	

Dr Patricia Galvão Especialista em Implantodontia CRO-DF 4775 RE 2519

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

492443
INTERCÂMBIO

406414	05/03/21	08/03/21	AUTORIZADO	8361229	03/06/21

00202528624064001	POS REDE PRESTADORA	AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS		
ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA	06/12/1964		ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA	

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52325241064	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

00808501020	RESTAURAÇÃO RESINA	31	MVL	1	1	120,00	0,00	0,00	08/03/21	X

	1-Tratamento Odontológico 2-Consulta Radiológica 3-Odontologia de urgência/emergência	1-Total 2-Parcial	120,00	0,00

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

Observação

08/03/21 | 08/03/21 | 08/03/21

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

478023
INTERCÂMBIO

106414 | 12/02/21 | 12/02/21 | AUTORIZADO | 8302253 | 18/05/21

0002 0262 8807 0400 4041 | POS REDE PRESTADORA | AFUNSEP ASSOC ASSIST DOS

ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA 06/12/1964 | ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA

N | CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO | 4775 | DF | 03

5234151040 | PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES | 4775 | DF

PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES | 4775 | DF

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Valor	Data de Realização	Assinatura do Profissional
1	0 0 8 5 1 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OVP	1	122,00	08/03/21	X

Data da Próxima Consulta: / /
Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Urgência Odontológica 3-Urgência Ortodontia
Tipo de Atendimento: 1-Pagar 2-Receber
Valor Total R$: 0,00
Data Próxima Consulta / Assinatura do Profissional

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 (os) procedimento(s) descrito(s) acima, e que sum esclarecido, foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por conta acima, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

08/03/21 Dr Patricia Galvão Especialista em Implantodontia CRO-DF 4775 IE 2519

08/03/21 Dr Patricia Galvão Especialista em Implantodontia CRO-DF 4775 IE 2519

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

491891
INTERCÂMBIO

406414	05/03/21	05/03/21	AUTORIZADO	8359175	03/08/21

02322532110100000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	
TAMRYS ALVES DE FREITAS 15/02/1998		TAMRYS ALVES DE FREITAS	

N	CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO	4775	DF	03
52353511041	PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES	4775	DF	
PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES		4775	DF	

020 - Faturar Empresa
Enviar - RX

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Data
1	08510200	RESTAURAÇÃO RESINA	15 OD	1	05/03/21

Data Prevista Término do Tratamento: / /
Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Profilaxia 4-Urgência/Emergência
Tipo de Pagamento: 1-Total 2-Parcial
Total Guia/Moeda US$: 0,00
Total R$: 0,00
Total Participação Cooperado R$:

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

Observação:

05/03/21	05/03/21	05/03/21	

OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: ABRIL/2021

Razão Social: CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO LTDA - ME

UNIFU: 0001005400010 | CENTRO ODONTOLOGICO PATRICIA GALVAO)

Operadora do Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 4775/CF Cirurgião Dentista (1334) - PATRICIA DA CRUZ GALVAO DOS SANTOS SOARES

Guia	Nome	Nito Paga	Dt. Guia	USOs Aloh	Vr USO Coop	Total
490607 - I	MIRIAN DA SILVA FONTINELE (00202534309000000102)		22/01/2021	178	0,3	R$ 53,40
477052 - I	CLAUDIO SALAZAR SOUSA (00202534309000000101)		15/02/2021	122	0,3	R$ 36,60
478014 - I	SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS (00202520687800040402)		17/02/2021	178	0,3	R$ 53,40
478015 - I	ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA (00202520687800040401)		17/02/2021	178	0,3	R$ 53,40
478023 - I	ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA (00202520687800040401)		17/02/2021	122	0,3	R$ 36,60
483610 - I	VITORIA DA SILVA FERREIRA (00202533469700000101)		25/02/2021	183	0,3	R$ 54,90
491891 - I	TAMIRYS ALVES DE FREITAS (00202526115480000101)		05/03/2021	88	0,3	R$ 26,40
492442 - I	ANDERSON DE OLIVEIRA SILVA (00202520687800040401)		05/03/2021	122	0,3	R$ 36,60
492538 - I	CLAUDIO SALAZAR SOUSA (00202534309000000101)		05/03/2021	88	0,3	R$ 26,40
492917 - I	SIMONE NOGUEIRA DE OLIVEIRA SANTOS (00202520687800040402)		06/03/2021	122	0,3	R$ 36,60
500060 - I	LUCIANO ALVES DE SANTANA (00202536376000000101)		16/03/2021	178	0,3	R$ 53,40
502381 - I	MOZIES JOSE FRANCISCO (00202531718000000101)		18/03/2021	178	0,3	R$ 53,40
504031 - I	CLAUDIO SALAZAR SOUSA (00202534309000000101)		19/03/2021	88	0,3	R$ 26,40
504609 - I	LUCIANO ALVES DE SANTANA (00202536376000000101)		22/03/2021	183	0,3	R$ 54,90

Totalizador

Nº de USOs:	2000
Nº de atendimentos:	14
Valor:	R$ 600,40

Totalizador da Operadora

Nº de USOs:	2000
Nº de atendimentos:	14
Valor:	R$ 600,40

Totalizador da Clínica

Nº de USOs:	2000
Nº de atendimentos:	14
Valor:	R$ 600,40