

Life

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JUNHO/2020

Razão Social: CLINICA DENTARIA CR LTDA ME

CNPJ: 11419705000164 (CLINICA CANELENSE)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 21548/RS

Cirurgião Dentista: (15111) - NATALIA MAROCCO DE SOUZA

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Altos	Vlr USO Coop.	Total
273556 - I	YASMIN LOPES GARIGHAN (00202527057900004602)		20/01/2020	34	0.8	R\$ 27,20
287699 - I	ANA RITA DA SILVA BRAGA (00202527057900005803)		13/02/2020	242	0.8	R\$ 193,60
298944 - I	PAULO CESAR CORREIA (00202527057900005601)		10/03/2020	140	0.8	R\$ 112,00
307405 - I	PAULA DIAS FERNANDES (00202527057900009303)		20/04/2020	34	0.8	R\$ 27,20
307406 - I	PAULA DIAS FERNANDES (00202527057900009303)		20/04/2020	377	0.8	R\$ 301,60
310874 - I	CRISTOFER SAMUEL LICKS ZINI (00202527057900006803)		06/05/2020	247	0.8	R\$ 197,60
310878 - I	FABIANO CHIES (00202527057900005001)		06/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
310908 - I	SAMUEL CARLOS DE NARDI DOS REIS (00202527057900005701)		06/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
311218 - I	MARILUCIA SILVEIRA DA COSTA (00202527057900001803)		07/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
311227 - I	ALEXANDER CLEMENTE PINTO (00202527057900009601)		07/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
312031 - I	MARILUCIA SILVEIRA DA COSTA (00202527057900001803)		11/05/2020	465	0.8	R\$ 372,00
312349 - I	ALAIDE BENEDITO MACHADO HEIDRICH (00202527057900005104)		12/05/2020	289	0.8	R\$ 231,20
312478 - I	ALEXANDER CLEMENTE PINTO (00202527057900009601)		12/05/2020	438	0.8	R\$ 350,40
312501 - I	DIOGO GROTH MORCARDINI (00202527057900008604)		12/05/2020	235	0.8	R\$ 188,00
314015 - I	JOAO PAULO DA COSTA DE OLIVEIRA (00202527057900001802)		18/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
314050 - I	JOAO PAULO DA COSTA DE OLIVEIRA (00202527057900001802)		18/05/2020	289	0.8	R\$ 231,20
316574 - I	VANESSA SCHMITT DO AMARAL (00202527057900009804)		25/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
316585 - I	ADAO LUIS SOUSA DA CUNHA (00202509843400006901)		25/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
316853 - I	GISLAINE MELO BERNARDES (00202527057900001903)		26/05/2020	235	0.8	R\$ 188,00
316866 - I	DEVIDI FAGUNDES DE OLIVEIRA (002025270579000013101)		26/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20
317854 - I	NATANI VIDAL DE OLIVEIRA (00202527057900009404)		28/05/2020	34	0.8	R\$ 27,20

Totalizador

Nº de USOs: 3331
Nº de atendimentos: 21
Valor: R\$ 2.664,80

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 3331
Nº de atendimentos: 21
Valor: R\$ 2.664,80

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 3331
Nº de atendimentos: 21
Valor: R\$ 2.664,80

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

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



316585

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/05/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 316585	7-Data Validade da Senha 23/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202509843400006901		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONSEG ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ADAO LUIS SOUSA DA CUNHA		14-Telefone 06/05/1971		15-Nome do titular do plano ADAO LUIS SOUSA DA CUNHA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RM N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto 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 3400
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/05/20		51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 25/05/20		52-Data, local e Carimbo da Empresa	

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



314050

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/05/2019	4-Data de Autorização 19/05/2019	5-Símbolo AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7568571	7-Data validade da Guia 15/08/2019							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900001802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Centro Nacional de Saúde								
13-Nome JOAO PAULO DA COSTA DE OLIVEIRA		14-Telefone 0110/2002	15-Nome do titular do plano PAULO ANDRE WEIAND DE OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa Enviar - RX () 85100200							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNEB								
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	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 Doença	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			20/05/20	Restauração de dente	
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00			20/05/20	Restauração de dente	
3-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			26/05/20	Profilaxia de dente	
4-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			26/05/20	Profilaxia de dente	
5-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			26/05/20	Profilaxia de dente	
6-00	84400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			26/05/20	Profilaxia de dente	
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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 289,00		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 20/05/20 Natalia Marocco de Souza		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/05/20 Paulo Andre Weiand de Oliveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /						

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314015

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 18/05/2020	3-Data de Autorização / /	4-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 314015	6-Data Validade da Sentença 16/08/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900001802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO PAULO DA COSTA DE OLIVEIRA		14-Telefone 0110/2002	15-Nome do titular do plano PAULO ANDRE WEIAND DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-00181000030	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 34100	35-Qtd 000
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização 18/05/20	41-Motivo da Glosa
42-Assinatura					
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 3400	47-Valor Total R\$ 000	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(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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/05/2020 Natali Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 18/05/2020 Paulo Andre Weiand de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



312031

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/20	4-Data de Autorização 12/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7553957	7-Data Validade da Senha 09/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900001803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARILUCIA SILVEIRA DA COSTA					
14-Telefone () - /			15-Nome do titular do plano PAULO ANDRE WEIAND DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Afastamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Código CNES ()			26-Código CBO S ()		
27-Data de Realização 13/05/20			28-Motivo da Glosa / /		
29-Data de Realização 13/05/20					
30-Data de Realização 13/05/20					
31-Data de Realização 13/05/20					
32-Data de Realização 13/05/20					
33-Data de Realização 13/05/20					
34-Data de Realização 13/05/20					
35-Data de Realização 13/05/20					
36-Data de Realização 13/05/20					
37-Data de Realização 13/05/20					
38-Data de Realização 13/05/20					
39-Data de Realização 13/05/20					
40-Data de Realização 13/05/20					
41-Data de Realização 13/05/20					
42-Data de Realização 13/05/20					
43-Data de Realização 13/05/20					
44-Data de Realização 13/05/20					
45-Data de Realização 13/05/20					
46-Data de Realização 13/05/20					
47-Data de Realização 13/05/20					
48-Data de Realização 13/05/20					
49-Data de Realização 13/05/20					
50-Data de Realização 13/05/20					
51-Data de Realização 13/05/20					
52-Data de Realização 13/05/20					
53-Data de Realização 13/05/20					
54-Data de Realização 13/05/20					
55-Data de Realização 13/05/20					
56-Data de Realização 13/05/20					
57-Data de Realização 13/05/20					
58-Data de Realização 13/05/20					
59-Data de Realização 13/05/20					
60-Data de Realização 13/05/20					
61-Data de Realização 13/05/20					
62-Data de Realização 13/05/20					
63-Data de Realização 13/05/20					
64-Data de Realização 13/05/20					
65-Data de Realização 13/05/20					
66-Data de Realização 13/05/20					
67-Data de Realização 13/05/20					
68-Data de Realização 13/05/20					
69-Data de Realização 13/05/20					
70-Data de Realização 13/05/20					
71-Data de Realização 13/05/20					
72-Data de Realização 13/05/20					
73-Data de Realização 13/05/20					
74-Data de Realização 13/05/20					
75-Data de Realização 13/05/20					
76-Data de Realização 13/05/20					
77-Data de Realização 13/05/20					
78-Data de Realização 13/05/20					
79-Data de Realização 13/05/20					
80-Data de Realização 13/05/20					
81-Data de Realização 13/05/20					
82-Data de Realização 13/05/20					
83-Data de Realização 13/05/20					
84-Data de Realização 13/05/20					
85-Data de Realização 13/05/20					
86-Data de Realização 13/05/20					
87-Data de Realização 13/05/20					
88-Data de Realização 13/05/20					
89-Data de Realização 13/05/20					
90-Data de Realização 13/05/20					
91-Data de Realização 13/05/20					
92-Data de Realização 13/05/20					
93-Data de Realização 13/05/20					
94-Data de Realização 13/05/20					
95-Data de Realização 13/05/20					
96-Data de Realização 13/05/20					
97-Data de Realização 13/05/20					
98-Data de Realização 13/05/20					
99-Data de Realização 13/05/20					
100-Data de Realização 13/05/20					

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	M	1	61,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	13/05/20		Marilucia de Costa
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 465,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 13/05/20 Natalia P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/20 Paulo Andre Weiand de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



307406

[illegible]

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

311227

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/05/2020	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 311227	7-Data Validade da Senha 05/08/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790009601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome ALEXANDER CLEMENTE PINTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALEXANDER CLEMENTE PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATÁLIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATÁLIA MAROCCO DE SOUZA		26-Número no CRO 21548		27-UF RS	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella 1-008100030	31-Código do Procedimento	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	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 Oclusa
42-Assinatura					
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Tipo de Faturamento					
48-Tipo de Faturamento					
49-Tipo de Faturamento					
50-Tipo de Faturamento					
51-Tipo de Faturamento					
52-Tipo de Faturamento					
53-Tipo de Faturamento					
54-Tipo de Faturamento					
55-Tipo de Faturamento					
56-Tipo de Faturamento					
57-Tipo de Faturamento					
58-Tipo de Faturamento					
59-Tipo de Faturamento					
60-Tipo de Faturamento					
61-Tipo de Faturamento					
62-Tipo de Faturamento					
63-Tipo de Faturamento					
64-Tipo de Faturamento					
65-Tipo de Faturamento					
66-Tipo de Faturamento					
67-Tipo de Faturamento					
68-Tipo de Faturamento					
69-Tipo de Faturamento					
70-Tipo de Faturamento					
71-Tipo de Faturamento					
72-Tipo de Faturamento					
73-Tipo de Faturamento					
74-Tipo de Faturamento					
75-Tipo de Faturamento					
76-Tipo de Faturamento					
77-Tipo de Faturamento					
78-Tipo de Faturamento					
79-Tipo de Faturamento					
80-Tipo de Faturamento					
81-Tipo de Faturamento					
82-Tipo de Faturamento					
83-Tipo de Faturamento					
84-Tipo de Faturamento					
85-Tipo de Faturamento					
86-Tipo de Faturamento					
87-Tipo de Faturamento					
88-Tipo de Faturamento					
89-Tipo de Faturamento					
90-Tipo de Faturamento					
91-Tipo de Faturamento					
92-Tipo de Faturamento					
93-Tipo de Faturamento					
94-Tipo de Faturamento					
95-Tipo de Faturamento					
96-Tipo de Faturamento					
97-Tipo de Faturamento					
98-Tipo de Faturamento					
99-Tipo de Faturamento					
100-Tipo de Faturamento					

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Ar



311218

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/10/2015	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 311218	7-Data Validade da Senha 05/10/2015
--------------------------	---	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202527057900001803		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARILUCIA SILVEIRA DA COSTA	14-Data de Nascimento 03/10/1972	15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano PAULO ANDRE WEIAND DE OLIVEIRA
--	-------------------------------------	----------------------	---

18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 0803442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	07/05/2015		Marilucia de Costa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 Quiloseas US 34,00	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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/05/2015 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura da Beneficiária / Responsável 07/05/2015 Paulo Andre Weiand de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



310908

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/05/2020	4-Data de Autorização ____/____/____	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 310908	7-Data Validade da Senha 04/08/2020
--------------------------	---	---	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
9-Número da Carteira 000202527057900005701		13-Nome SAMUEL CARLOS DE NARDI DOS REIS		14-Telefone 08/09/1989	
15-Nome do titular do plano SAMUEL CARLOS DE NARDI DOS REIS					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548
24-UF RS		25-Código CNES		
26-UF RS		27-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															38-Franquia/Co-participação R\$															39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
30-Tabella	31-Código do Procedimento					32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
1-	0	0	8	1	0	0	0	0	3	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				

43-Data Previsto 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 34,00	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(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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ____/____/____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/05/20 Natália P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/05/20 Samuel	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
---	--	--	---

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



310878

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/05/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 310878	7-Data Validade da Senha 04/08/20
8-Número da Carteira 00202527057900005001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome FABIANO CHIES		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES		
16-Data de Nascimento 23/12/1978			17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		
18-Atendimento a RN N			19-UF RS		
20-Código no Operadora / CNPJ / CPF 0803442658			21-Número no CRO 21548		
22-Nome do Contratado Exarcenta NATALIA MAROCCO DE SOUZA			23-Código CBO S 10		
24-Número no CRO 21548			25-Código CNES		
26-UF RS			27-Código CBO S		
28-UF RS			29-Código CBO S		
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Descrição	32-Dente-Região	33-Face	34-Old	35-Quantidade US	36-Valor
1-0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Franquia/Co-participação R\$					
38-Aut					
39-Data de Realização 06/05/20					
40-Motivo da Glosa					
41-Assinatura					
42-Data Previsto Término do Tratamento					
43-Tipo de Atendimento					
44-Tipo de Faturamento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
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 Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/20	4-Data de Autorização 20/04/20	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 307405	7-Data Válida da Senha 20/04/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790009303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Válida da Carteira 20/04/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 307405	
13-Nome PAULA DIAS FERNANDES					
14-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 28/12/1987					
15-Atendimento a RN N	16-Nome do Profissional Solicitante CLÉBER DE LIMA MACHADO				
17-Nome do Profissional Executor CUNICA CANELENSE					
18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658					
19-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
20-Número no CRO 21548					
21-UF RS					
22-Código CBO S 10					
23-Número no CRO 21548					
24-UF RS					
25-Código CNES 21548					
26-UF RS					
27-Código CBO S 21548					
28-UF RS					
29-Código CBO S 21548					
30-Quantidade US 3400					
31-Valor 3400					
32-Franquia/Co-participação R\$ 0,00					
33-Data de Realização 20/04/20					
34-Motivo da Oflsa 3400					
35-Data de Realização 20/04/20					
36-Motivo da Oflsa 3400					
37-Data de Realização 20/04/20					
38-Motivo da Oflsa 3400					
39-Data de Realização 20/04/20					
40-Motivo da Oflsa 3400					
41-Data de Realização 20/04/20					
42-Motivo da Oflsa 3400					
43-Data de Realização 20/04/20					
44-Motivo da Oflsa 3400					
45-Data de Realização 20/04/20					
46-Motivo da Oflsa 3400					
47-Data de Realização 20/04/20					
48-Motivo da Oflsa 3400					
49-Data de Realização 20/04/20					
50-Motivo da Oflsa 3400					
51-Data de Realização 20/04/20					
52-Motivo da Oflsa 3400					
53-Data de Realização 20/04/20					
54-Motivo da Oflsa 3400					
55-Data de Realização 20/04/20					
56-Motivo da Oflsa 3400					
57-Data de Realização 20/04/20					
58-Motivo da Oflsa 3400					
59-Data de Realização 20/04/20					
60-Motivo da Oflsa 3400					
61-Data de Realização 20/04/20					
62-Motivo da Oflsa 3400					
63-Data de Realização 20/04/20					
64-Motivo da Oflsa 3400					
65-Data de Realização 20/04/20					
66-Motivo da Oflsa 3400					
67-Data de Realização 20/04/20					
68-Motivo da Oflsa 3400					
69-Data de Realização 20/04/20					
70-Motivo da Oflsa 3400					
71-Data de Realização 20/04/20					
72-Motivo da Oflsa 3400					
73-Data de Realização 20/04/20					
74-Motivo da Oflsa 3400					
75-Data de Realização 20/04/20					
76-Motivo da Oflsa 3400					
77-Data de Realização 20/04/20					
78-Motivo da Oflsa 3400					
79-Data de Realização 20/04/20					
80-Motivo da Oflsa 3400					
81-Data de Realização 20/04/20					
82-Motivo da Oflsa 3400					
83-Data de Realização 20/04/20					
84-Motivo da Oflsa 3400					
85-Data de Realização 20/04/20					
86-Motivo da Oflsa 3400					
87-Data de Realização 20/04/20					
88-Motivo da Oflsa 3400					
89-Data de Realização 20/04/20					
90-Motivo da Oflsa 3400					
91-Data de Realização 20/04/20					
92-Motivo da Oflsa 3400					
93-Data de Realização 20/04/20					
94-Motivo da Oflsa 3400					
95-Data de Realização 20/04/20					
96-Motivo da Oflsa 3400					
97-Data de Realização 20/04/20					
98-Motivo da Oflsa 3400					
99-Data de Realização 20/04/20					
100-Motivo da Oflsa 3400					

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



312478

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2012	4-Data de Autorização 12/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7557166	7-Data Validade da Senha 10/08/2012
8-Número da Carteira 00202527057900009601			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ALEXANDER CLEMENTE PINTO			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		15-Nome do titular do plano ALEXANDER CLEMENTE PINTO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CEO S 10
22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CEO S
Faturar Empresa Enviar - RX 0) 85100200 0) 85100200					

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clica	42-Assinatura
1	0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	15/05/20		
2	0018511001200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VO	1	88,00	0,00		S	15/05/20		
3	0018511001200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VD	1	88,00	0,00		S	19/05/20		
4	0018511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	61,00	0,00		S	19/05/20		
5	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIJ		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
6	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
7	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
8	001840001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 438,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/05/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/05/2020 Alexander Clemente Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



310874

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/05/20	4-Data de Autorização 13/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7545700	7-Data Validade da Senha 04/08/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202527057900006803		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome CRISTOFER SAMUEL LICKS ZINI		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano PAMELA ELEN DIAS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Odontológicos					

Faturar Empresa

33-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 Oflsa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/05/20		Smith
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00		S	13/05/20		Bento
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Bento
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Bento
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Bento
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Bento
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 247,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / 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 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.

49-Observação
Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/05/20 Natalia P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/05/20 Pamela Elen Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



312349

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/20	4-Data de Autorização 12/05/20	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7556355	7-Data Validade da Senha 10/08/20
8-Número da Carteira 00202527057900005104			10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome ALAIDE BENEDITO MACHADO HEIDRICH			12-Número do Cartão Nacional de Saúde 26/07/1990		14-Telefone () - - - - -
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		15-Nome do titular no plano JUCEMAR MACIEL HEIDRICH
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNE.S
26-Nome do Profissional Solicitante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S
Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OL	1
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1
6-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
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 289,00		
47-Valor Total R\$ 0,00			48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/05/20 Natalia P. Souza		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/05/20 Alaide B. M. Heidrich	
53-Data, local e Assinatura da Empresa					

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



312501

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2015/12/01	4-Data de Autorização 11/2015/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7557307	7-Data Validade da Senha 11/01/08/12/01
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025277057900008604		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIOGO GROTH MORCARDINI			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE			18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO'S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO'S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/05/20		Flaviana
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	13/05/20		Flaviana
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Flaviana
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Flaviana
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Flaviana
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Flaviana
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1235,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário 13/05/20, Natalia F. Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 13/05/20, Flaviana Groth	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



287699

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/02/2013	4-Data de Autorização 13/05/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7406397	7-Data Validade da Senha 13/05/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202527057900005803	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANA RITA DA SILVA BRAGA	14-Telefone 01/01/1992	15-Nome do titular do plano WILLIAM PINHEIRO DA SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
---	--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 81000421-
---	--	---------------------------	-------------	----------------	---

26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

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
1-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	88,00	0,00			15.05.20		Ana
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			20.05.20		Ana
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			20.05.20		Ana
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			20.05.20		Ana
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			20.05.20		Ana
6-00811000421		RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			13.02.20		Ana
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto 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 242,00	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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15.05.20 natalia q. souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15.05.20 Ana Braga	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-At



298944

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	4-Data de Autorização 12/03/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7468928	7-Data Validade da Senha 08/06/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020252705790005601			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome PAULO CESAR CORREIA			14-Telefone 08/06/1987 () -	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR CORREIA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S

Faturar Empresa

33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Faca	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Número da Clínica	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/05/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/05/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAE		1	35,00	0,00		S	28/05/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD		1	35,00	0,00		S	28/05/2012		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término de 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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/05/2012 Natali Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/05/2012 Paulo Cesar Correia	53-Data, local e Cessão da Empresa / /
--	---	---	---

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



317854

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2010	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 317854	7-Data Validade da Senha 26/08/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790009404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome NATANI VIDAL DE OLIVEIRA		14-Telefone () 3278-0727	15-Data Validade da Carteira 09/09/2005		
16-Nome do titular do plano RODRIGO GROSS ATAÍDES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Rolão	35-Face	36-Qtd
1-0018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3400
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura	
			28/05/2010	e Monilene	
43-Data Previsto 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 3400	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(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.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
28/05/2010, Natalina P. Souza					
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
28/05/2010, e Monilene Vidal Atáides					
52-Data, local e Carimbo da Empresa					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316866

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/11/2018	4-Data de Autorização 11/11/18	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	9-Número da Guia Principal 316866	7-Data Validade da Guia 24/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900013101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/18
13-Nome DEIVIDI FAGUNDES DE OLIVEIRA		14-Telefone 06/01/1984		15-Nome do titular do plano DEIVIDI FAGUNDES DE OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		16-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658		23-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		22-Número no CRO 21548	25-Código CNES RS
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		33-Dente/Raiz	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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			26.05.20		af. eu.:
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/18	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 34,00	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(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.

49-Observação	50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26.05.2018 Natalia Marocco de Souza	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 26.05.2018 Deividi Fagundes de Oliveira	52-Data local e Assinatura do Profissional Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	------------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316853

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/05/2019	4-Data de Autorização 29/05/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597220	7-Data Validade da Senha 24/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025277900001903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GISLAINE MELO BERNARDES	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ALDO SERAFIM VIEIRA JUNIOR
------------------------------------	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	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 Clíca	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/2019		Gisaine m3
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/05/2019		Gisaine m3
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/05/2019		Gisaine m3
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/05/2019		Gisaine m3
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/05/2019		Gisaine m3
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	29/05/2019		Gisaine m3
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 235,00	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. Dado, 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 29/05/2019 Natália M. Sara	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 29/05/2019 Gisaine m. Bernardes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



316574

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2015	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 316574	7-Data Validade da Senha 23/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790009604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA SCHMITT DO AMARAL		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ALEXANDER CLEMENTE PINTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CEO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CEO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo da Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
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(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.					
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					