OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	50168204	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037020000242173422	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		700302908028338

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SELMA DOS SANTOS CARVALHO 28/02/1954	( )	SELMA DOS SANTOS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
19/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/06/20 Lilian Policante	19/06/20 Lilian Policante	19/06/20 Selma Santos	19/06/20 Dra. Lilian Policanta Cirurgiã Dentista CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

326998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	50168205	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370002080283342	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	700302908028338

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SELMA DOS SANTOS CARVALHO 28/02/1954	( )	SELMA DOS SANTOS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200156-18

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00852001518	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	710	0,00		S	/ /		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
19/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	710	0,00	

Declaro, que após ter sido 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião/Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião/Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/06/20	19/06/20	19/06/20	19/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

326500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	50166975	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000036415 8	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	705404418727398

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS 13/09/1953	( )	RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMID		1	28,00	0,00		S	/ /		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
18/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/06/20	18/06/20	18/06/20	18/06/20

Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

340646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 16/07/20
4-Data de Autorização: 16/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50177111
7-Data Validade da Senha: 14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000002028134
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700302908028338
13-Nome: SELMA DOS SANTOS CARVALHO 28/02/1954
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: SELMA DOS SANTOS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810009	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento: 16/07/20
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: 340
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro que fiquei ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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 Executante: 16/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/07/20 Selma S. Carvalho
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 16/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

340674
INTERCÂMBIO

406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	50177124	14/10/20

Dados do Beneficiário

00373002908428342	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		700302908028338
SELMA DOS SANTOS CARVALHO 28/02/1954		SELMA DOS SANTOS CARVALHO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	801 - Faturar Empresa
0757448037 0	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Quantidade	Face	Dente	Valor	Coparticipação R$	Data de Realização	Assinatura
00	84047	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	45	1		67,00	0,00	S	

Data Prevista de Início	Tipo de Atendimento	Tipo de Tratamento	Valor Total R$	Valor Total Coparticipação R$
16 07 20	1 - Tratamento odontológico		67,00	

Declaro, que antes de meu atendimento odontológico 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 os procedimentos (beautíficos) 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.

Observações

16 07 20	16 07 20	16 07 20	16 07 20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 vf

326926
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	50168062	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000202174242	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	700302908028338

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SELMA DOS SANTOS CARVALHO 28/02/1954	( ) -	SELMA DOS SANTOS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	/ /		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
19/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito-o 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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/06/20	19/06/20	19/06/20	19/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TREATMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332524

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número de Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	50173773	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03799944062731251	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	898004517848037

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THALITA BEUTTENMULLER SOUZA 05/09/1984	( )	THALITA BEUTTENMULLER SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) B1000421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 - 00	81004214	RX PERIAPICAL	RPSE		1	28	00	000	S	/ /		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10 -										/ /		
11 -										/ /		
12 -										/ /		
13 -										/ /		
14 -										/ /		
15 -										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28	000	

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.

50-Observações

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Assistente	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	53-Data, local e Carimbo do Beneficiário Responsável	54-Data, local e Carimbo da Empresa
01/07/20 Lilian P. Policante	01/07/20 Lilian P. Policante	01/07/20 Thalita B. Souza	01/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

340618
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 16/07/20
4-Data de Autorização: 16/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50177095
7-Data Validade da Senha: 14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00373000002021732422
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700302906028338
13-Nome: SELMA DOS SANTOS CARVALHO 28/02/1954
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: SELMA DOS SANTOS CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07541463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DO	1	113	00,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Data da Solicitação: 16/07/20
45-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia e urgência/emergência
46-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 113
47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que aceito 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) descritos(s) acima, e por mim assinados, 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 Responsável: 16/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante: 16/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/07/20 Selma S Carvalho
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 16/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332529
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	50173777	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994062731251	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		898004517848037

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THALITA BEUTTENMULLER SOUZA 05/09/1984	( )	THALITA BEUTTENMULLER SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(F) 85200140-24

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código de 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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	461	00,00		S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	461 00	00,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/07/20 Lilian P. Policante	01/07/20 Lilian P. Policante	01/07/20 Thalita B. Souza	01/07/20 Dra. Lilian Policante Cirurgiã Dentista CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

332485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 01/07/20
4-Data de Autorização: 01/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50173758
7-Data Validade da Senha: 29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00379994062731251
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 898004517848037
13-Nome: THALITA BEUTTENMULLER SOUZA 05/09/1984
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: THALITA BEUTTENMULLER SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome na Guia	42-Assinatura
1-	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	470	000		S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 01/07/20
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: 470
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/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 Contratado/Contratado Solicitante: 01/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista: 01/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 01/07/20 Thalita B Souza
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 01/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

340423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 16/07/20	4-Data de Autorização: 16/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50177029	7-Data Validade da Senha: 14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 3 7 0 0 0 0 2 1 5 7 7 1 9 3	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: CLUBE CACSS SINTUFRJ	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700509320680061
13-Nome: VIVIAN GIL MOREIRA SILVA 14/01/1983		14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: RENATO SARTI DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO: 46320	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 7 5 1 4 4 6 3 7 8 0	22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO: 46320	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO: 46320	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

501 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-RPIE

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Participação/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Visto do Cirurgião-Dentista
1	0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	2 8 0 0	0 0 0		S	/ /	
2											/ /	
3											/ /	
4											/ /	
5											/ /	
6											/ /	
7											/ /	
8											/ /	
9											/ /	
10											/ /	
11											/ /	
12											/ /	
13											/ /	
14											/ /	
15											/ /	

42-Data Prevista Término do Tratamento: 16/07/20	43-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US: 2 8 0 0	46-Valor Total R$: 0 0 0
47-Total Participação/Co-participação R$:				

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 exerce esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação:

49-Data, Hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 16/07/20 Lilian P. Policante	50-Data, Hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/07/20 Lilian P. Policante	51-Data, Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 16/07/20	52-Data, Hora e Carimbo da Operadora: 16/07/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-nº

340413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	50177026	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00373000002167719 3	POS REDE PRESTADORA	CLUBE CACSS SINTUFRJ		700509320680051

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
VIVIAN GIL MOREIRA SILVA 14/01/1983	( )	RENATO SARTI DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	Assinatura
1	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00		0,00	S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
16/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

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

49-Observação

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/07/20 Lilian Policante	16/07/20 Lilian Policante	16/07/20	16/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

344741
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178647	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379094059116029	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA		704502346667318

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
QUELI GONCALVES SALDANHA DOS S 29/06/1972	( )	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	MD	1	113	00	000	S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista/Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
23/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	113	00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20	23/07/20 Dra. Lilian Policante Cirurgiã Dentista CRO-RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TREATAMENTO ODONTOLÓGICO

344756
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178651	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994059116029	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA		704502346667318

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
QUELI GONCALVES SALDANHA DOS S 29/06/1972	( )	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100290

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-Membro da Clínica	42-Assinatura
1-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	113	00	000	S			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
23/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	113	00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/20 Lilian Policante	23/07/20 Lilian Policante	23/07/20	23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

340500
INTERCÂMBIO

406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	50177058	14/10/20

Dados do Beneficiário

00373994406361744	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		706803719737329
SAMANTA DA SILVA ELERATI 08/07/1982				SAMANTA DA SILVA ELERATI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	
0753146370	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Franquia/Co-participação R$	Aut	Data de Realização	Motivo da Glosa	Assinatura
1	00810300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

16/07/20	1-Consulta Odontologica 2-Exame Radiologico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Inicial 2-Parcial	47,00	0,00	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 aos 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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observações

16/07/20	16/07/20	16/07/20	16/07/20	Dra. Lilian Policante Cirurgiã Dentista CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-nº 339622

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	50176690	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994059116029	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	704502346667318

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
QUELI GONCALVES SALDANHA DOS S 29/06/1972	( ) -	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	470	000		S	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
15/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	470	000	

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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/07/20 Lilian P. Policante	15/07/20 Lilian P. Policante	15/07/20	15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	50176694	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994059116029	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	704502346667318

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
QUELI GONCALVES SALDANHA DOS S 29/06/1972	( )	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1- 00	81004021	RX PERIAPICAL	RMSE		1	28	0,00	0,00	S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Qua/Nodada US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
15/07/29	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/07/20 Lilian Policante	15/07/20 Lilian Policante	15/07/20	15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

347903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	29/07/20	AUTORIZADO	50179969	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037000022225059	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	/ /	898004612568119

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCO DIOCELIO ALENCAR DE 16/11/1951	( )	FRANCISCO DIOCELIO ALENCAR DE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	42-Assinatura
1 - 00	81000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00		000	S	/ /		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Informada Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
29/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	000	

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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/07/20 Lilian P. Policante	29/07/20 Lilian P. Policante	29/07/20	29/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 347908
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	29/07/20	AUTORIZADO	50179973	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000225259	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	/ /	898004612568119

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCO DIOCELIO ALENCAR DE 16/11/1951	( )	FRANCISCO DIOCELIO ALENCAR DE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 61000421-

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMIE		1	28,00	0,00		S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
29/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista (Executante)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/07/20 Lilian Policante	29/07/20 Lilian Policante	29/07/20	29/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

348913
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 30/07/20
4-Data de Autorização: 30/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50180589
7-Data Validade da Senha: 28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000030126446316
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 704209279780285

13-Nome: LEILIANE FIGUEIREDO DO NASCIME 02/12/1982
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: LEILIANE FIGUEIREDO DO NASCIME

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47	00,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento: 30/07/20
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 47
47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia / Coparticipação R$:

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: 30/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 30/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 30/07/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 30/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TREATAMENTO ODONTOLÓGICO

348917
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 30/07/20	4-Data de Autorização: 30/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50180591	7-Data Validade da Senha: 28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370001003126441361	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 704209279780285
13-Nome: LEILIANE FIGUEIREDO DO NASCIME 02/12/1962		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: LEILIANE FIGUEIREDO DO NASCIME	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rn: N	17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO: 46320	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código no Cnes: 0757146318 0	22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO: 46320	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO: 46320	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Dente	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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	280	000		S	/ /		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista Tratamento: 30/07/20	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Cirúrgica/Implantes	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 280	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 no procedimento(s) cirúrgico(s) acima e por mim assinalado(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.

Observação:

30/07/20 Lilian Policante	30/07/20 Lilian Policante	30/07/20	30/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326516
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	50166977	18/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370064115158	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	705404418727398

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS 13/09/1953	( )	RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07510441877	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-46

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valores de Taxas	42-Assinatura
1-	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	70	00	00	S			
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
18/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	70	00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/06/20	18/06/20 Lilian P. Policante	18/06/20	18/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326665
INTERCÂMBIO

406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	50167049	16/09/20

Dados do Beneficiário

00373000000036411774	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	703602035796532
MARIA OLIVIA MOTTA CAMPOS 28/03/1952			RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ
07513446032	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		46320	RJ

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(9) 85400262-17

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

Dente	Código de Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade JS	Valor	Franquia/Coparticipação R$	Aut	Data de Realização	Motivo da Glosa/Justificativa
1	08542022	PINO PRE-FABRICADO	17		1	1	180,00	0,00	5		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Data da Execução	Tipo de Atendimento	Tipo de Faturamento	Total Quantidade JS	Valor Total R$	Total Franquia/Coparticipação R$
18/06/20	1-Consultório	1-Total 2-Parcial	180	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 os 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

Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista	Data, local e assinatura do Beneficiário ou Responsável	Data, local e carimbo da Empresa
18/06/20	18/06/20		

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329350
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/06/20	25/06/20	AUTORIZADO	50172318	22/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000000036417 4	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		703602035796532

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA OLIVIA MOTTA CAMPOS 28/03/1952	( )	RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85430149-17

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00854040149	COROA TOTAL METÁLICA	17		1	725,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	725,00	0,00	

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

Observações: Paciente assinou no campo errado.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/06/20 Lilian P. Policante	24/06/20	24/06/20 Lilian P. Policante	24/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

330585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/06/20	26/06/20	AUTORIZADO	50172811	24/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000036411174	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		703602035796532

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA OLIVIA MOTTA CAMPOS 28/03/1952	( )	RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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-Número do Dente	42-Assinatura
1	00850421	NÚCLEO DE PREENCHIMENTO	17		1	75,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
26/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	75,00	0,00	

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

A Paciente assinou no campo usado.

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
26/06/20	26/06/20	26/06/20	26/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326569
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 18/06/20
4-Data de Autorização: 18/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50167001
7-Data Validade da Senha: 18/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000000341174
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 703602035796532
13-Nome: MARIA OLIVIA MOTTA CAMPOS 28/03/1952
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: RICARDO DE ALMEIDA CAMPOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514648370
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Número do Dente	42-Assinatura
1	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	280	000		S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 18/06/20
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: 280
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/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 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: 18/06/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/06/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/06/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 18/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344613
INTERCÂMBIO

406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178589	21/10/20

Dados do Beneficiário

00373999404051610	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA		898004523745511
RAQUEL GONCALVES SALDANHA DOS	07/09/2005			MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento

N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	
075148063	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

Dente	Código de Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Quantidade US	Valor	Autorização	Data de Realização
00	81000303	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00	S	

Data Provável Término do Tratamento: 23/07/20

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

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Quantidade US: 47,00

Valor Total R$: 0,00

Total Franquia Coparticipação R$:

Declaro, que ajuda-lo-ei, pessoalmente esclarecendo sobre da propositura, razão, 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) prescrito(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.

Observação:

23/07/20 Lilian Policante	23/07/20 Lilian Policante	23/07/20	23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344660
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178616	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00397999405911610001	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	898004523745511

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAQUEL GONCALVES SALDANHA DOS 07/09/2005	( )	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Hora	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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-Nome da Classe	42-Assinatura
1	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	12	00	000	S			
2	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	12	00	000	S			
3	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	12	00	000	S			
4	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	12	00	000	S			
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia/Co-participação R$
23/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	48000	000	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/20 Policante	23/07/20 Policante	23/07/20	23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325559
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 17/06/20
4-Data de Autorização: 17/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50166644
7-Data Validade da Senha: 15/09/20

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 00370000010158105000
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: QUALICORP CRC VENCIMENTO 30
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 708206198746540
13-Nome: MAYSA GLORIA TORQUATO BISPO 15/08/1991
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do Titular do plano: CELIA TORQUATO DA COSTA E SILV

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07515463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	470	000		S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento: 17/06/20
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consulta 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 470
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/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:

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 17/06/20 Lilian P. Policante
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 17/06/20 Lilian P. Policante
52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 17/06/20
53-Data local e Carimbo da Empresa: 17/06/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333343
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	02/07/20	AUTORIZADO	50174089	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000105810501	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP CRC VENCIMENTO 30		708206198746540

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAYSA GLORIA TORQUATO BISPO 15/08/1991	( )	CELIA TORQUATO DA COSTA E SILV

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento à RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Obra	42-Assinatura
1-	00810004211	RX PERIAPICAL	RMIE		1	28,00		0,00	S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
02/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e da 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 ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/07/20 Lilian Policante	02/07/20 Lilian Policante	02/07/20	02/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344601
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178582	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379995911580 4	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	980016285516516

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MICHEL GONCALVES DOS SANTOS 16/11/1980	( )	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	/ /		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
23/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20	23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339724
INTERCÂMBIO

406414	15/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	50176747	13/10/20

003724720	POS REDE PRESTADORA	LENITA THEREZINHA		700008472086202

LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954		LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA

N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ
075144	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		46320	RJ

501 - Faturar Empresa

00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	47,00	0,00	5

15/07/20		47,00	0,00

15/07/20	15/07/20	15/07/20	15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	50176750	13/10/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003703008038414	POS REDE PRESTADORA	LENITA THEREZINHA		700008472086202

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Mãe do plano
LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954	( )	LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	90	00	00	S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
15/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	90	00	

Declaro, que após ter sido 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 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Observações

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
15/07/20	15/07/2020	15/07/20	15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339775
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 15/07/20
4-Data de Autorização: 15/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50176773
7-Data Validade da Senha: 13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00373000033148038484
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: LENITA THEREZINHA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202
13-Nome: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07513446370
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	M	1	90,00	0,00		S	/ /		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10 -										/ /		
11 -										/ /		
12 -										/ /		
13 -										/ /		
14 -										/ /		
15 -										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento: 15/07/20
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: 90,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia/Co-participação R$:

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/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 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: 15/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 15/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/07/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	50176779	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000000314804	POS REDE PRESTADORA	LENITA THEREZINHA		700008472086202

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954	( )	LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO-S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO-S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(7) 61000421-RII

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UN	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1 - 00	81000421	RX PERIAPICAL	RII		1	28	00	00	S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UN	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
15/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	28	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 este 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
15/07/20 Lilian P. Policante	15/07/20 Lilian P. Policante	15/07/20	15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

339816
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data da Emissão da Guia: 15/07/20	4-Data de Autorização:	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 339816	7-Data Validade da Senha: 13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00370008048034	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: LENITA THEREZINHA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700006472086202
13-Nome: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954		14-Telefone:	15-Nome do Titular do Plano: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO: 46320	19-UF: RJ	20-Código CBO-S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0751464630	22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO: 46320	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO: 46320	28-UF: RJ	29-Código CBO-S:

A01 -
Enviar - RX
(1) 88100209

Plano do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Percentual Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Hora de Início	42-Assinatura
1 - 00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	41	DM	1	13	00	00	N			
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provável Término do Tratamento: 15/07/20	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 UR: 13	47-Valor Total R$: 00	48-Total Participação Co-participação R$:

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), 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 preenchi 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: 15/07/20 Lilian P. Policante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 15/07/20 Lilian P. Policante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/07/20	53-Data, local e Assinatura do Executante: 15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 23/07/20
4-Data de Autorização: 23/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50178674
7-Data Validade da Senha: 21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00373000030138484
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: LENITA THEREZINHA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700008472086202
13-Nome: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
01.01000421-RPIE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514483780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	28,00		0,00	S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 23/07/20
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: 28,00
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: 23/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 23/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 23/07/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178700	21/10/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370003148036 4	POS REDE PRESTADORA	LENITA THEREZINHA	/ /	700008472086202

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA 16/12/1954	( ) -	LENITA THEREZINHA ENGELKE LUCA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa
1	0	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DV	1	113	000	S	/ /	
2										/ /	
3										/ /	
4										/ /	
5										/ /	
6										/ /	
7										/ /	
8										/ /	
9										/ /	
10										/ /	
11										/ /	
12										/ /	
13										/ /	
14										/ /	
15										/ /	

43-Data Impressão Pedido de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
23/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	113 00	0,00	

Declaro: Que fiquei 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.

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
23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20	23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TREATAMENTO ODONTOLÓGICO

334815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	50174644	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994060762842	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	708202651971640

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO MARCOS PESSOA TESTO 08/11/1957	( )	JOAO MARCOS PESSOA TESTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	42-Assinatura
1 -	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	/ /		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
06/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
06/07/20 Lilian P. Policante	06/07/20 Lilian P. Policante	06/07/20	06/07/20 Dra. Lilian Policante Cirurgiã-Dentista CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

348172
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	29/07/20	AUTORIZADO	50180260	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994062418558	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		703408256276717

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
DOUGLAS MEDEIROS DE JESUS 08/10/1996	( )	DOUGLAS MEDEIROS DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ctrl	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S			x
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia Co-participação R$
29/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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
29/07/20	29/07/20	29/07/20	29/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

333436
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 02/07/20	4-Data de Autorização: 02/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50174123	7-Data Validade da Senha: 30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000024098755	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 709005839642914
13-Nome: FABIANO DE OLIVEIRA 13/07/1979		14-Telefone:	15-Nome do titular do plano: FABIANO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO: 46320	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF: 07514463708	22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO: 46320	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO: 46320	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

601 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,000		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data da Solicitação: 02/07/20	44-Tipo de Atendimento:	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 47,00	47-Valor Total R$: 0,000	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 os procedimentos descritos acima e sob mim executados, 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.

49-Observação:

50-Data, local e assinatura do Beneficiário: 02/07/20	51-Data, local e assinatura do Executante: 02/07/20	52-Data, local e assinatura do Executante: 02/07/20	53-Data, local e carimbo da Empresa: 02/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333448
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 02/07/20	4-Data da Autorização: 02/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50174127	7-Data Validade da Senha: 30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00037000002408755	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 709005839642914
13-Nome: FABIANO DE OLIVEIRA 13/07/1979	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: FABIANO DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	18-Número no CRO: 46320	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514483780	22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	23-Número no CRO: 46320	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE		27-Número no CRO: 46320	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

601 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) #1000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00821	RX PERIAPICAL	RME		1	28	00,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

02/07/20	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Total de Procedimentos: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 28,00	47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

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 são 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 atendimento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observações

02/07/20	02/07/20	02/07/20	02/07/20	Dra. Lilian Policante Grupo Dentista CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	02/07/20	AUTORIZADO	50174130	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00372024975515	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		709005839642914

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANO DE OLIVEIRA 13/07/1979	( )	FABIANO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	90	00	00	S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
02/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	90	00	

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/07/20 Lilian P. Policante	02/07/20 Lilian P. Policante	02/07/20 Fabiano de Oliveira	02/07/20 Dra. Lilian Polic... Cirurgiã De... CRO RJ 46...

Dra. Lilian Policante Cirurgiã Dentista CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 22/07/20
4-Data de Autorização: 22/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50178385
7-Data Validade da Senha: 20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00370000024098755
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 709005839642914
13-Nome: FABIANO DE OLIVEIRA 13/07/1979
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: FABIANO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07513463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Participação Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	90	00,00		S	/ /		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento: 22/07/20
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 UB: 90
47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia - Co-participação R$:

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(a), 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: 22/07/20 Lilian P. Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 22/07/20 Lilian P. Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 22/07/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 22/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	50178586	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03797994059116037	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	898004523744647

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIEL GONCALVES SALDANHA DOS 04/03/2009	( ) -	MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	/ /		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
23/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/20	23/07/20	23/07/20	23/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data da Emissão da Guia: 23/07/20
4-Data de Autorização: 23/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50178609
7-Data Validade da Senha: 21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00 3797994056 1160 37
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED RIO COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 898004523744647
13-Nome: DANIEL GONCALVES SALDANHA DOS 04/03/2009
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do Titular do plano: MICHEL GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07541463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Número da Guia	42-Assinatura
1	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	51	00	000	S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 23/07/20
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: 51
47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia / Coparticipação R$:

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: 23/07/20 Lilian P Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 23/07/20 Lilian P Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 23/07/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 23/07/20

Dra. Lilian Policante
(T) Cirurgiã Dentista
(F) CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TREINAMENTO ODONTOLÓGICO

339835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7707715	13/10/20

Dados do Beneficiário

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

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR 13/11/1967	( )	ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 7 5 1 4 4 6 3 7 8 0	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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-Número da Guia	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00		000	S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
15/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/07/20 Lilian P. Policante	15/07/20 Lilian P. Policante	15/07/20	15/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

343427
INTERCÂMBIO

1 Registro ANS	2 Data de Emissão da Guia	4 Data de Autorização	5 Senha	6 Número da Guia Principal	7 Data Validade da Senha
406414	22/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7724192	20/10/20

Dados do Beneficiário

8 Número da Carteira	9 Plano	10 Empresa	11 Data Validade da Carteira	12 Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253074360000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13 Nome	14 Telefone	15 Nome do titular do plano
ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR 13/11/1967	( )	ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16 Atendimento a RN	17 Nome do Profissional Executante	18 Número no CRO	19 UF	20 Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

025 - Futurar Empresa

21 Código na Operadora / CNPJ / CPF	22 Nome do Contratado Executante	23 Número no CRO	24 UF	25 Código CNES
07541463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26 Nome do Profissional Executante	27 Número no CRO	28 UF	29 Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	42 Assinatura
1 00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	90,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43 Código Prestador / Código de Credenciamento	44 Tipo de Atendimento	45 Tipo de Faturamento	46 Total Quantidade US	47 Valor Total R$	48 Total Franquia / Co-participação R$
22/07/20	1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência	1 Total 2 Parcial	90,00	0,00	

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

50 Observação

51 Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52 Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53 Data, local e Carimbo da Empresa
22/07/20 Lilian Policante	22/07/20 Lilian Policante	22/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

343418
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7726980	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025353074360000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR 13/11/1967	( )	ASSIS PEREIRA LOPES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514463780	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85101098	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	90	00	00	S			
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia/Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	90	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 este 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
23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20 Lilian P. Policante	23/07/20	23/07/20

Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333195
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 02/07/20
4-Data de Autorização: 02/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50174022
7-Data Validade da Senha: 30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00373000005
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700601401530965
13-Nome: CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI 20/09/1973
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
18-Número no CRO: 46320
19-UF: RJ
20-Código CBO S:

8/01 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 81500421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07514463780
22-Nome do Contratado Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
23-Número no CRO: 46320
24-UF: RJ
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE
27-Número no CRO: 46320
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	28,00	0,00		S			CRA
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 07/07/20
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 U/S: 28,00
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: 02/07/20 Policante
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 02/07/20 Policante
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/07/20 Cristiane Andrioli
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 02/07/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

333165
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	02/07/20	AUTORIZADO	50174006	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00371000100015	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	700601401530965

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI 20/09/1973	( )	CRISTIANE QUEIROZ ANDRIOLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07514637880	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

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/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	/ /		CRO
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
02/07/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/07/20 Lilian P. Policante	02/07/20 Lilian P. Policante	02/07/20 Cristiane Andrioli	02/07/20

Dra. Lilian Policar
Cirurgiã-Dent...
CRO RJ 46320