

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



356807

1-Resposta ANS 406414	2-Data de Entrada na Guia 13/08/20	3-Data de Autuação 14/08/20	4-Sinthe AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7787393	6-Caixa Validade da Sinthe 11/11/20
7-Número do Cartão 0020252705790000404			8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	10-Data Validade do Cartão / /
11-Nome DEISE CAMILA DOS SANTOS			12-Número do Cartão Nacional do Saúde / /	13-Data Validade do Cartão / /	
14-Data de Controle Responsável pelo Tratamento 16/06/1988			15-Telefone () -	16-Nome do titular do plano JOAO CARLOS MACEDO	
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA			19-Número no CRO 14986	20-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93664761715			22-Nome do Contratado Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	23-Número no CRO 14986	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA			26-Número no CRO 14986	27-UF RS	28-Código CBO S / /
29-Código CBO S / /			30-Código CNES / /		

Faturar Empresa
Enviar - RX
(f) 81000421-
(f) 85200158-37

30-Tabola	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
1-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	14/08/20		Deise
2-0085200158		TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	5,33	0,00		S	14/08/20		Deise
3-0082000921		GENGIVECTOMIA	S4		1	14,40	0,00		S	14/08/20		Deise
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 691,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



374657

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	3-Data de Autorização 28/10/2019	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7867920	6-Data Validade da Guia 13/11/2019
7-Data Validade da Guia 13/11/2019					
8-Número da Carteira 00202527057900001903					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA					
11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome GISLAINE MELO BERNARDES					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ALDO SERAFIM VIEIRA JUNIOR					
16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 29/04/1979					
17-Atendimento a RM N					
18-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA CANELENSE					
19-Número no CRO 21548					
20-UF RS					
21-Código CBO S 10					
22-Código CBO S 10					
23-Número no CRO 21548					
24-UF RS					
25-Código CBO S 10					
26-Código CBO S 10					
27-Número no CRO 21548					
28-UF RS					
29-Código CBO S 10					
30-Código CBO S 10					
31-Código do Procedimento 0085100200					
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA					
33-Dente/Região 12					
34-Face VP					
35-Qtd 1					
36-Quantidade US 8800					
37-Valor 000					
38-Franquia/Co-participação R\$ 000					
39-Aut S					
40-Data de Realização 29/09/20					
41-Motivo da Olosa Gislaine Bernades					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 8800					
47-Valor Total R\$ 000					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, a 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 29/09/20 Natalia Marocco de Souza					
51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 29/09/20 Gislaime Bernades					
52-Data, local e Carimbo da Empresa					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



3.4

369814

1-Registro ANS 406414	3-Data de Cessado da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização / /	5-Sexo PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 369814	7-Data Válida na Guia 02/12/20	89814
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202527057900005301	9-Plano	10-Empresa	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional do Seguro		
13-Nome GILNEI BUENO DE OLIVEIRA						
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano GILNEI BUENO DE OLIVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a Si N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número na CRO 21548	19-UF RS	20-Código CRO B 10		
21-Código de Operadora / CRO-F / CPE 08034442658	22-Nome do Contratado Responsável NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número na CRO 21548	24-UF RS	25-Código CRO B		
26-Nome do Profissional Solicitante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número na CRO 21548	28-UF RS	29-Código CRO B		

Declaram, que s'ante ter sido devidamente avaliadas todas as propostas, meios, custos e alternativas de transporte, conforme acima apresentado, aceita e autoriza a execução do transporte, comprometendo-se a cumprir as condições de prestação econômica e social em todas as etapas do trabalho. Declaram, ainda que não apresentaram despesas acima, e por não apresentarem, qualquer reclamação ou não concordância com as formas adotadas. Autoriza a Operadora a pagar em favor de si e por conta própria, ao profissional contratado que esteja em seu documento, os valores relativos ao transporte de passageiros e acompanhantes, a partir de um valor conforme previsto em contrato.

03.09.2016

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



368041

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/09/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 368041	7-Data Validade da Senha 30/11/20
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900011201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DOUGLAS SWAISSER VALIN	14-Telefone 21/02/1996 () -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS SWAISSER VALIN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	01/09/20		Douglas
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcel	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	---------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 Contratado-Donatário Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 01/09/20 Natalia Marocco Souza	52-Data, local e Assinatura do Responsável 01/09/20 Douglas	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



381061

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7895989	7-Data Validade da Senha 21/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900011001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DOUGLAS DE OLIVEIRA LAWRENZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS DE OLIVEIRA LAWRENZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Restrictiva
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	24/09/20	Douglas
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/09/20	Douglas
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/09/20	Douglas
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/09/20	Douglas
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/09/20	Douglas
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 201,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/09/20 Natalia Marocco de Souza	51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 24/09/20 Douglas Lawrenz	52-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354945

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/81/20	4-Data de Autorização 10/10/91/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7778725	7-Data Validade da Senha 09/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530626900000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISRAEL AMARAL ZIMMER		14-Telefone 18/05/1989	15-Nome do titular do plano ISRAEL AMARAL ZIMMER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S		

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	10/09/20		Israel
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1	88,00	0,00		S	10/09/20		Israel
3-	00820000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	10/09/20		Israel
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OVD	1	122,00	0,00		S	21/09/20		Israel
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/09/20		Israel
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/09/20		Israel
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/09/20		Israel
8-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/09/20		Israel
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 511,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20 Natalia M. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 10/09/20 Israel Amaral	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



369330

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 07/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845811	7-Data Validade da Senha 02/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
6-Número da Carteira 00202527057900005004									
13-Nome ADRIANA CALONEGO CHIES		01/03/1979		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Atendimento a RFI N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régulo	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			09/09/20		(Assinatura)
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 09/09/2020 Natalia R. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/09/2020 Fabiano F. Chies	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371455

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/09/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 371455	7-Data Validade da Senha 07/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900011001	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DOUGLAS DE OLIVEIRA LAWRENZ		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS DE OLIVEIRA LAWRENZ		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código do Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00		N	08/09/20	
42-Assinatura					
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	34,00	0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		
/ /	08/09/20 Natalia P. Souza	08/09/20 Douglas Lawrenz	/ /		

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-10



367134

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 367134	7-Data Validade da Senha 29/11/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253159240000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CLEUSA SOARES DE MOURA	14-Telefone 30/07/1970	15-Nome do titular do plano CLEUSA SOARES DE MOURA
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	31/08/20		CLEUSA
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 31/08/20, Natalia Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 31/08/20, [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



367150

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 31/08/20		4-Data de Autorização / /		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 367150		7-Data Validade da Senha 29/11/20		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202531592400000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ALEX DA SILVA MORAES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CLEUSA SOARES DE MOURA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE				18-Número no CRO 21548		19-UF RS		20-Código CBO S 10		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658				22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA				23-Número no CRO 21548		24-UF RS		
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA				26-UF RS		27-Número no CRO 21548		28-UF RS		29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	31/08/20		Ass.
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 31/08/2020 Natalia P. Souza				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/2020				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379847

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 379847	7-Data Validade da Senha 20/11/2020
------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202527057900003703		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CATIANE BRITO LORENCO DE CAMARGO		14-Telefone 21/07/1985	15-Nome do titular do plano JOSE TOBIAS DOS SANTOS DE CAMARGO		

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código do Operador / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	21/09/20		cat
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 Operador/Donatário Solicitante 21/09/20 Natalia Marocco Souza	51-Data, local e Assinatura do Operador/Donatário Responsável 21/09/20 Catiane Brito Lorenci de Camargo	52-Data, local e Assinatura do Operador/Donatário Responsável
---	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379853

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2012	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 379853	7-Data Validade da Senha 20/11/2012							
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
8-Número da Carteira 0020252705790003702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDÃO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /									
13-Nome CAROLINE LORENCO DE CAMARGO		14-Telefone 15/01/2005	15-Nome do titular do plano JOSE TOBIAS DOS SANTOS DE CAMARGO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPT 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	21/09/2012		CBE
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prescrição Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação Alterada a Guia da temporária para definitiva.												
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 21/09/2012 Natalia Marocco de Souza			52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 21/09/2012 Caroline Lorenci de Camargo			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



374622

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 21/09/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867792	7-Data Válida da Senha 13/12/20
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Válida da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILNEI BUENO DE OLIVEIRA	14-Data de Nascimento 31/01/1986	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GILNEI BUENO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (J) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	28-Código CBO S	(I) 85100200 (J) 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	21/09/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	21/09/20		
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VD	1	88,00	0,00		S	24/09/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00		S	21/09/20		
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MO	1	88,00	0,00		S	24/09/20		
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MO	1	88,00	0,00		S	25/09/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	25/09/20		
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
10	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
11	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/09/20		
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 648,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 21/09/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 21/09/20 Gilnei Bueno	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



377684

1-Função: ANO 406414	2-Data de Emissão na Guia 17/09/20	3-Data de Autorização / /	4-Serção PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 377684	6-Data Validade da Serção 16/12/20
8-Número da Carteira 00202527057900003001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RJO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome CRISTIANO RODRIGO REIS SIGNORI			14-Data 22/04/1980	15-Telefone () - -	16-Data Validade da Carteira / /
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE			18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			26-Número no CRO 21548	27-UF RS	28-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Sub	40-Data de Realização	41-Assinatura do Cliente e 2-assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34	00	0,00			17/09/20	CRISTIANO
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consultas 4- Cirurgias 5- Emergência	45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 3400	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	--------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cliente/Dono do Dente Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 17/09/20 Natália Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 17/09/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
---	--	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-42



369337

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/09/20	4-Data de Autorização 14/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7845837	7-Data Validade da Senha 02/12/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900011201	9-Ramo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde								
13-Nome DOUGLAS SWAISSER VALIN		14-Telefone 21/02/1996	15-Nome do titular do plano DOUGLAS SWAISSER VALIN									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número na CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número na CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número na CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6,100	0,00		S	17/09/20		Douglas
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,500	0,00		S	23/09/20		Douglas
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	3,500	0,00		S	23/09/20		Douglas
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,500	0,00		S	23/09/20		Douglas
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,500	0,00		S	23/09/20		Douglas
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 201,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/09/20 Natalia M. Souza			52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 17/09/20 Douglas Valin			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



359851

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/08/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7800742	7-Data Validade da Senha 17/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530626900000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome ISRAEL AMARAL ZIMMER			14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano ISRAEL AMARAL ZIMMER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MOD	1	122,00	0,00			16/09/20		Israel
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/09/20 Natalia Marocco Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 16/09/20 Israel Amaral Zimmer	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



373463

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2012	4-Data de Autorização 23/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7862292	7-Data Validade da Senha 09/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900004103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIA GABRIELA RODRIGUES		14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano INACIO ELTO RODRIGUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 07/05/2011					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

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 e 42-Justificativa
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/2012	
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/09/2012 Natalia R. Souza	52-Data, local e Assinatura do Assistente / Responsável 23/09/2012 Inacio Elto Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



381043

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 23/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894382	7-Data Validade da Senha 21/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252705790004103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
13-Nome JULIA GABRIELA RODRIGUES		14-Telefone 07/05/2011	15-Nome do Usuar do plano INACIO ELTO RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	73,00	0,00		S	23/09/20		
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00		S	23/09/20		
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	25/09/20		
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	25/09/20		
5-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	29/09/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 316,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
23/09/20 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado
23/09/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o

381467

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012		4-Data de Autorização 28/09/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7898322		7-Data Validade da Senha 22/12/2012		8-Valor da Guia 381467	
2-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 0020252705790003001				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA			11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CRISTIANO RODRIGO REIS SIGNORI				22/04/1980		14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano CRISTIANO RODRIGO REIS SIGNORI				
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE				18-Número no CRO 21548		19-UF RS		20-Código CBO S 10		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 0803442658				22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548		24-UF RS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA				27-Número no CRO 21548		28-UF RS		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rotina	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Gênes (2-Assinatura)
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/09/20	Plt
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/09/20	Plt
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/09/20	Plt
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/09/20	Plt
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto 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\$

4.9-Observação			
SO-Dado, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante		SO-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	
1 1 1 1 1 1 1 1		25/05/2020 Nataliana Siqueira 25/09/2020 [Assinatura]	
		SO-Dado, local e Assinatura do Responsável	
		1 1 1 1 1 1 1 1	

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380907

1-Número ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/2012	4-Data de Autorização 24/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7893707	7-Data Validade da Senha 21/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900003702		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional da Saúde
13-Nome CAROLINE LORENCO DE CAMARGO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE TOBIAS DOS SANTOS DE CAMARGO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			26-Número no CRO 21548	27-UF RS	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz/Plano	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Notícia da Glor	42-Resistência
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	25/09/20		- cel
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00		S	25/09/20		- cel
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAJE		1	3,50	0,00		S	25/09/20		- cel
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAJD		1	3,50	0,00		S	25/09/20		- cel
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00		S	25/09/20		- cel
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Urgência/emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 201,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Valor Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

53-Data, local e Cartão da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-H*



380925

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7893817	7-Data Validade da Senha 21/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 00202527057900003703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome CATIANE BRITO LORENCO DE CAMARGO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JOSE TOBIAS DOS SANTOS DE CAMARGO
---	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa «2-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	24/09/20	CBE
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	24/09/20	CBE
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/09/20	CBE
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/09/20	CBE
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/09/20	CBE
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/09/20	CBE
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Ressonância Radiográfica 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Taxa Quotidiana US 2620,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional executante 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

50-Data, local e Assinatura do Grupião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 24/09/20 - Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Operadora / Responsável 24/09/20 - Catiane Lorena de Camargo	53-Data, local e Assinatura do Operadora / Responsável / /
--	---	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



356808

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 01/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7787396	7-Data Validade da Senha 11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900006101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome INGOMAR BATISTA DE NARDI		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano INGOMAR BATISTA DE NARDI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDP	1	122,00	0,00		S	02/09/20		Ingomar
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	04/09/20		Ingomar
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Ingomar
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Ingomar
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Ingomar
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/09/20		Ingomar
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 323,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/09/20, Natalia P. Souza

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável

02/09/20, Ingomar Batista de Nardi

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365416

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/2013	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 365416	7-Data Validade da Senha 25/11/2013							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900007302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JAMILY VICTORIA DE ALMEIDA VELHO		14-Telefone 26/12/2013	15-Nome do titular do plano ROMARIO FERNANDO DA SILVA VELHO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	27/08/2013		Jamilyma
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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 de Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/2013 Natali Souza			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/2013 Jamilyma			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



356621

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 356621	7-Data Validade da Senha 11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900006101			9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome INGOMAR BATISTA DE NARDI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano INGOMAR BATISTA DE NARDI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE			18-Número no CRO 21548	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	13.08.20		Ingomar
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20, Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20, Ingomar Batista de Nardi	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /