

Life GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

402364

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA		4 - Objeto do Recurso 2		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pelo 4 0 2 3 6 4	
6 - Código da Operadora 1 1 4 1 9 7 0 5 0 0 0 1 6 4		7 - Nome do Contratado 14986/RS - RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA					
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo		10 - Código da Glosa do Protocolo		11 - Justificativa	
12 - Dados do Recurso da Guia		13 - Número da Guia no Prestador 3 5 6 8 0 7		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 3 5 6 8 0 7		15 - Status AUTORIZADO	
16 - Código da Glosa da Guia		17 - Beneficiário 00202527057900000404 - DEISE CAMILA DOS SANTOS		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) anexadas novas imagens do raio x inicial e final			
19 - Dados dos Itens da Guia		20 - Data da Realização do Procedimento					

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora				
1- 1 3 0 8 2 0 2 0 4 2 6 4 0 0 0 0	3 7	0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 5 8	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3 0 4 0	
2- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
3- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
4- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
5- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
6- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
7- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
8- 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							

12 - Valor Total Recusado (R\$) 4 2 6 4 0	13 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0	14 - Assinatura do Prestador	15 - Data da Assinatura da Operadora	16 - Assinatura da Operadora
1 - Data do Recurso 1 4 0 8 2 0 2 0				

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



408129

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8009011	7-Data Validade da Senha 27/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANO CHIES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	18-Número no CRO 14986	19-UF RS	20-Código CBO S
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-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		27-Número no CRO 14986	28-UF RS	29-Código CBO S

Faturar Empresa

Enviar - RX
(F) 85200158-46

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	30/10/20		Fabiano Chies
2-	0082000921	GENGIVECTOMIA	S6		1	144,00	0,00		S	30/10/20		Fabiano Chies
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 677,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403237

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988991	7-Data Validade da Senha 20/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 00202531704900000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA DANIELA ESTIGARRIBIA SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANTONIO AUGUSTO MELO SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	18-Número no CRO 14986	19-UF RS	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (F) 85200140-15
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-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		27-Número no CRO 14986	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	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	30/10/20		
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 333,00	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

Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/20	52-Data, local e Assinatura do Responsável 30/10/20	53-Data, local e Cessão da Empresa / /
--	---	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380939

1-Registro AIB 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/09/20	4-Data de Autorização 24/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7893990	7-Data Validade da Senha 21/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

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 () -	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 RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	18-Número no CRO 14986	19-UF RS	20-Código CBO S	Faturar Empresa
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-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		27-Número no CRO 14986	28-UF RS	29-Código CBO S	(1F) 85200158-16

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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			22/09/20		CO
2-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00			24/09/20		CO
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 547,00	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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



380978

1-Registro AHS
4064143-Data de Emissão da Guia
22/10/20194-Data de Autorização
02/11/20195-Senha
AUTORIZADO6-Número da Guia Principal
78940437-Data Validade da Senha
21/12/2019

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202531704900001049-Plano
POS REDE PRESTADORA10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

CARLA DANIELA ESTIGARRIBIA SILVA

29/11/1976

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano

ANTONIO AUGUSTO MELO SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N17-Nome do Profissional Solicitante
RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA18-Número no CRO
1498619-UF
RS

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

93664761715

22-Nome do Contratado Executante
RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA23-Número no CRO
1498624-UF
RS

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA

27-Número no CRO
1498628-UF
RS

29-Código CBO S

Faturar Empresa

Enviar - RX
(IF) 85200158-36

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00			02/10/20		#
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

533,00

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

02/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403220

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 30/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988950	7-Data Validade da Senha 20/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531592400000101	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 () -	15-Nome do titular do plano CLEUSA SOARES DE MOURA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	18-Número no CRO 14986	19-UF RS	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-13
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-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		27-Número no CRO 14986	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	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	258,00	0,00		S	30/10/20		<i>[Assinatura]</i>
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 258,00	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 Contratado 30/10/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura da Beneficiária / Responsável 30/10/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403235

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 22/10/2020	3-Data de Autorização 28/10/2020	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7988984	7-Data Validade da Senha 20/10/21
------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 00202527057900003001	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		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CRISTIANO RODRIGO REIS SIGNORI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código no 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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MO	1	88,00	0,00		S	28/10/20		
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 88,00	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

28/10/2020 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

28/10/2020 Cristiano Rodrigo Reis Signori

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



399828

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 20/10/20	3-Data de Autorização 22/10/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7974410	6-Data Validade da Senha 18/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900002101	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 NOACIR JOSE DOS SANTOS		14-Telefone (54) 3278-6250	15-Nome do titular do plano NOACIR JOSE DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	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/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	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	22/10/20		[Assinatura]
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S	22/10/20		[Assinatura]
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 146,00	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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



407923

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2020	4-Data de Autorização 21/01/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8008366	7-Data Validade da Senha 27/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790002501	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 ELISEU DAMASCENO		14-Telefone 16/03/1980	15-Nome do titular no plano ELISEU DAMASCENO		

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 (1) 85100200
21-Código na Operadora / OIP / 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	22	PMV	1	12200	0,00		S	30/01/20		Eliseu
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	8800	0,00		S	30/01/20		Eliseu
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 Consulta 4 Consulta Emergencial	45-Tipo de Faturamento 1 Faturar 2 Parcelar	46-Valor Quantidade US 21000	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Valor Parcela / Compromisso 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 lidar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por não assumidos, 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 lidar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 30/01/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403230

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 28/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988980	7-Data Validade da Senha 20/10/2021
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900011101	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 EDIMILSON LISBOA RIBEIRO		14-Telefone 02/08/1982	15-Nome do titular do plano EDIMILSON LISBOA RIBEIRO		
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	Enviar - RX (1) 81000421- (1) 85100226
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 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 da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
2	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MODP	1	122,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
3	0082000921	GENGIVECTOMIA	S1		1	144,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Edimilson
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 420,00	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 28/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394403

1-Região ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/3/10/20	4-Data de Autorização 26/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952210	7-Data Validade da Senha 11/10/21
------------------------	--	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527057900005201	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 ELIAS MACEDO FOSS	14-Data 03/11/1991	15-Telefone () 32826096	16-Nome do titular do plano ELIAS MACEDO FOSS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	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/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	34,00	0,00		S	26/10/20		ELIAS
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00		S	26/10/20		ELIAS
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/10/20		ELIAS
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	26/10/20		ELIAS
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		ELIAS
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/10/20		ELIAS
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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 26/10/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2020 Elias Macedo Foss	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394374

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952137	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900003501	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 EDIMAR PEREIRA DA ROSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIMAR PEREIRA DA ROSA	

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/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/10/20		gh
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	22/10/20		gh
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/10/20		gh
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		gh
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		gh
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIJ		1	35,00	0,00		S	22/10/20		gh
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Edimar Pereira da Rosa	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	---	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



394361

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 7952138	7-Data Validade da Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900006304	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 SOLANGE DE FATIMA LAZARETTI		14-Telefone () 3278-6250	15-Nome do titular do plano JONATAN PEREIRA DE AGUIAR		
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 / CPE 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/Rolagem	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ótima	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			20/10/20		Solange
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 Alterada a Guia da temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 20/10/20 Solange de Fatima Lazaretti	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
--	--	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP



395780

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 14/10/20	4-Data de Autorização 20/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7958037	7-Data Validade da Senha 12/01/21
8-Dados do Beneficiário 00202527057900006304			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Data Validade da Carteira		
14-Nome SOLANGE DE FATIMA LAZARETTI			15-Data 15/08/1978	16-Telefone () 3278-6250	17-Nome do titular do plano JONATAN PEREIRA DE AGUIAR
18-Atendimento a RV N			19-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		
20-Endereço da Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			21-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		
22-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CBO S 10
26-Número no CRO 21548			27-UF RS	28-Código CBO S	29-Enviar - RX () 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	26	OV	1	8,80	0,00	0,00	S	22/10/20		Solange
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6,10	0,00	0,00	S	26/10/20		Solange
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00	0,00	S	20/10/20		Solange
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00	0,00	S	20/10/20		Solange
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00	0,00	S	20/10/20		Solange
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00	0,00	S	20/10/20		Solange
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 289,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esdarecido 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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^a

394349

registro ANS 6414		3-Data de Emissão da Guia 13/10/20		4-Data de Autorização 22/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7952012		7-Data Validade da Senha 11/01/21		394349	
10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / / / /		13-Data de Validade da Carteira / / / /		14-Telefone () - /		15-Nome do titular do plano JOSE TOBIAS DOS SANTOS DE CAMARGO		16-Número do titular do plano / / / /	
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548		19-UF RS		20-Código CBO S 10		21-UF RS		22-Código CNES / / / /		23-Código CBO S / / / /	
24-Nome do Profissional Executante ATALIA MAROCCO DE SOUZA		25-Número no CRO 21548		26-UF RS		27-Código CBO S / / / /		28-UF RS		29-Código CBO S / / / /		30-Código CBO S / / / /	
31-Código do Procedimento 085100200		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 16		34-Face OM		35-Qtd 1		36-Quantidade US 88,00		37-Valor 0,00	
38-Franquia/Co-participação R\$ / /		39-Aut S		40-Data de Realização 29/10/20		41-Motivo da Glosa / /		42-Assinatura / /		43-Data de Realização / /		44-Motivo da Glosa / /	
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /		49-Data de Realização / /		50-Motivo da Glosa / /		51-Assinatura / /	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 Atiane Brito		53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / /		54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 29/10/20 Natalia Marocco		55-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 29/10/20 Atiane Brito		56-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 29/10/20 Natalia Marocco		57-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 29/10/20 Atiane Brito		58-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 29/10/20 Natalia Marocco	

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



394323

1-Registro ANS 406414	3-Data de Limite da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951935	7-Data Validade da Senha 11/10/21
--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900008604	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RJO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIOGO GROTH MORCARDINI	14-Telefone 26/10/2007	15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA		

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	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 (1) 85100200
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 Oclusão	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MO	1	88,00	0,00		S	16/10/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	16/10/20		
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 149,00	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 16/10/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 Tiago dos Santos de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394335

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951974	7-Data Validade da Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900008603		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 THIANA DE MOURA GROTH			14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA	
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	

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00			15/10/20		Thiana de Moura Groth
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 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/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 15/10/20 Natália Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/20 Thiana de Moura Groth	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



387531

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/10/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 387531	7-Data Validade da Senha 30/12/20
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900002101	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 NOACIR JOSE DOS SANTOS		14-Telefone 1541 3278 6250	15-Nome do titular do plano NOACIR JOSE DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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	01/10/20		[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 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 01/10/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/20 Noacir Jose dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-40



385845

1-Registro INSS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/2012	4-Data de Autuação 01/10/2012	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917024	7-Data Validade da Sinthe 28/12/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790000201		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 RONALDO DENARDI			14-Telefone 28/04/1963	15-Nome do titular do plano RONALDO DENARDI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Origem 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
Faturar Empresa Enviar - RX (j) 85100200 (j) 85100200 (j) 85100200 (j) 85100218					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rigido	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	16	OM	1	8,80	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,10	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	8,80	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVD	1	12,20	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	8,80	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
10	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	7,30	0,00	0,00	S	01/10/2012		Ronald
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 660,00	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.

43-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/2012 Natali Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/2012 Ronald	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



385787

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/2010	4-Data de Autorização 01/10/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916822	7-Data Validade da Senha 28/12/2010							
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 da Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome DOUGLAS DE OLIVEIRA LAWRENZ		14-Telefone 14/07/1999	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 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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	01/10/20		Paulo
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	23/10/20		Paulo
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	23/10/20		Paulo
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	13/10/20		Paulo
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	13/10/20		Paulo
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 305,00		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 01/10/2010 Natalia Marocco de Souza			52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 01/10/2010 Douglas Lowrey			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



387809

1-Registro ANS 406414	9-Data de Emissão da Guia 01/11/2020	4-Data de Autorização / / / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 387809	7-Data Validade da Senha 30/11/2020
--------------------------	---	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900004501	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILENE DE OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARILENE DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

19-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	16-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 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-Medico da Clínica	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	01/10/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / /	45-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	48-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	49-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

01/10/2020 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

01/10/2020 [Assinatura]

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ / / / /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



385897

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/9/10/9/2/0	4-Data de Autorização 1/4/11/0/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7917259	7-Data Validade da Senha 2/8/11/2/2/0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900006102		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 MARIA DO CARMO 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			
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 CBO S 10		26-Código CNES	
27-UF RS		28-Código CBO S		Faturar Empresa	
29-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
30-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		S	14/10/20		Maria
2	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	73,00	0,00		S	14/10/20		Maria
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/10/20		Maria
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIID		1	35,00	0,00		S	30/10/20		Maria
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/10/20		Maria
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/10/20		Maria
7									S	30/10/20		Maria
8									S			
9									S			
10									S			
11									S			
12									S			
13									S			
14									S			
15									S			

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 247,00	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 14/10/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/20 Maria do Carmo de Nardi	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



385809

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/09/2010	4-Data de Autorização 29/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916901	7-Data Validade da Senha 28/12/2010
8-Número da Carteira 00202527057900008604			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome DIOGO GROTH MORCARDINI			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 26/10/2007			16-Nome do titular do plano TÍAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA		
17-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-Número no CRO 21548		27-UF RS	28-Código CBO S

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	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	73,00	0,00				29/09/2010		Thiana
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	73,00	0,00				29/09/2010		Thiana
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36	1	49,00	0,00				29/09/2010		Thiana
4	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46	1	49,00	0,00				29/09/2010		Thiana
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 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo 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 29/09/2010 Thiana Groth	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /
--	--	---

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



385825

1-Regime ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia (2/9/09/20)	4-Data de Autenticação (2/9/09/20)	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7916927	7-Data Validade da Senha (2/8/12/20)
8-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 0020252705790008603			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome THIANA DE MOURA GROTH			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA	
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 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES () 85100200
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S

Faturar Empresa
Enviar - RX
() 85100200

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	36	OM	1	88,00	0,00			25/09/20		Thiana Groth
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 88,00	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(a) 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 25/09/2009, Thiana Groth	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394305

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 14/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7951894	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900004501	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 MARILENE DE OLIVEIRA		14-Telefone 28/02/1976 () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARILENE 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	
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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	20/10/20		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	14/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	20/10/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/10/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/10/20		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/10/20		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/10/20		
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 335,00	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 14/10/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2020 Marlene Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



374640

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 21/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867853	7-Data Validade da Senha 13/12/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252705790005001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FABIANO CHIES	14-Telefone 23/12/1978	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES		

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) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome no 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		S	21/10/2019		Fabiano Chies
2-	00815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DO	1	88,00	0,00		S	21/10/2019		Fabiano Chies
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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota 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 Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2019 Natali de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2019 Fabiano Chies	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394414

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 22/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7952211	7-Data Validade na Senha 11/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900002501	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 ELISEU DAMASCENO		14-Telefone () 3222-8340	15-Nome do titular do plano ELISEU DAMASCENO		
Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 16/03/1980					
18-Atendimento a RH 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 CRQ 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		S	22/10/20		Eliseu
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Eliseu
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Eliseu
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Eliseu
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/10/20		Eliseu
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 174,00	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 assine 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 22/10/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2020 Eliseu Damasceno	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--