OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2020

Razão Social: SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI

CNPJ: 16852455000175 (SBCO CLINICA INTEGRADA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11704/DF Cirurgião Dentista: (14673) - THIAGO SOARES DE JESUS

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
352856 - I	ANA CAROLINA BARBOSA DE PINHO (00202529333800000102)		07/08/2020	360	0.4	R$ 144,00
353028 - I	JOSE DOS SANTOS CRUZ (00202530776200000101)		07/08/2020	61	0.4	R$ 24,40
371321 - I	ADARIANA JAYRA VIEIRA SANTOS (00202529884600000101)		08/09/2020	598	0.4	R$ 239,20
378694 - I	VITOR MACEDO ALVES (00202531430800000103)		19/09/2020	178	0.4	R$ 71,20
379485 - I	WITER BARBOSA DE BRITO (00202522268000000101)		21/09/2020	178	0.4	R$ 71,20
384131 - I	LUANA KEYTE BARBOSA DE PINHO (00202530617800000101)		28/09/2020	244	0.4	R$ 97,60
385360 - I	TATIANA BARBOSA DA SILVA (00202530776200000102)		29/09/2020	258	0.4	R$ 103,20
394113 - I	HELSON LUIS LIMA GUIMARAES LOPES (00202526681500000102)		10/10/2020	144	0.4	R$ 57,60
395338 - I	WITER BARBOSA DE BRITO (00202522268000000101)		14/10/2020	122	0.4	R$ 48,80
395578 - I	JOSE DOS SANTOS CRUZ (00202530776200000101)		14/10/2020	774	0.4	R$ 309,60
396083 - I	JOSIANE PINHEIRO DA SILVA (00202532552100000101)		14/10/2020	178	0.4	R$ 71,20

Totalizador

N° de USOs:	3095
N° de atendimentos:	11
Valor:	R$ 1.238,00

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	3095
N° de atendimentos:	11
Valor:	R$ 1.238,00

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	3095
N° de atendimentos:	11
Valor:	R$ 1.238,00

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 03/11/2020 12:42

RELI

om os custos previstos em
se documento, os valores

7 / Co-participação R$

de Glosa 42-Assinatura

6
RCÂMBIO

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 396083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/10/20	22/10/20	AUTORIZADO	7959435	12/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532552100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSIANE PINHEIRO DA SILVA 14/11/1996	( ) -	JOSIANE PINHEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	13,60	S	22/10/20		Josiane Pdos
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	14,40	S	22/10/20		Josiane Pdos
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	14,40	S	22/10/20		Josiane Pdos
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	14,40	S	22/10/20		Josiane Pdos
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	14,40	S	22/10/20		Josiane Pdos
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	71,20	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
31 OUT. 2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	22/10/20 Josiane Pdos	31 OUT. 2020 SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI CNPJ: 16.952.455/0001-75

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 395578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/10/20	16/10/20	AUTORIZADO	7957061	12/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205307762000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSE DOS SANTOS CRUZ 07/11/1973	( ) -	JOSE DOS SANTOS CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-11
(IF) 85200166-12
(IF) 85200166-13

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 -	00852006166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258,00	103,20	0,00	S	/ /		
2 -	00852006166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	103,20	0,00	S	/ /		
3 -	00852006166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	258,00	103,20	0,00	S	/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	774,00	309,60	

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
14/OUT/2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31/OUT/2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	22/10/20	31/OUT/2020 SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI CNPJ: 16.852.455/0001-75

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343832

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	343832

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
1685245500017 5	11704/DF - THIAGO SOARES DE JESUS

Dados do Recurso do Protocolo

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	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
306911	306911	RECURSO DE	00202527552000000101 - MARCIA ALVES MOREIRA

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
	GTO esta assinada e carimbada.	

Dados dos Itens da Guia

	20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
1-	17/04/2020 / 1830 / 000	22	P	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	1319
2-	17/04/2020 / 1830 / 000	44	O	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	1319
3-	17/04/2020 / 1830 / 000	48	O	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	1319
4-	/ /							
5-	/ /							
6-	/ /							

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
5490	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
13/10/2020	Dr. Thiago Soares de Jesus CRO-DF 11704	31/01/2020	SEGURO UNIMED INTEGRADO CNPJ 10.553.224.556/0001

Dr. Thiago Soares de Jesus
Cirurgião Dentista
CRO-DF 11704

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

371321
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/09/20	07/10/20	AUTORIZADO	7853377	07/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205298846000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADARIANA JAYRA VIEIRA SANTOS 10/01/1984	( ) -	ADARIANA JAYRA VIEIRA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85400220-45
(IF) 85400220-46

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-	00	85402220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	45	E	1	299,00	119,60		S	07/10/20		Adariana
2-	00	85402220	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	46		1	299,00	119,60		S	07/10/20		Adariana
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	598,00	239,20	

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
31/OUT/2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31/OUT/2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	07/10/20 Adariana Jayra	31/OUT/2020 SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI CNPJ: 18.052.4[illegible]-75

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

385360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/09/20	15/10/20	AUTORIZADO	7914973	28/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205307762000001022	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TATIANA BARBOSA DA SILVA 16/12/1979	( ) -	JOSE DOS SANTOS CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-44

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	8520016	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	44		1	258,00	1031,20		S	15/10/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	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	258,00	1031,20	

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
. Enviar rx inicial e final na produção.

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
31 OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	15/10/20	31 OUT. 2020

SBCO CLINICA INTEGRADA LTDA
CNPJ: 10.[illegible]-73

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

353028
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	01/10/20	AUTORIZADO	7770082	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530776200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSE DOS SANTOS CRUZ 07/11/1973	( ) -	JOSE DOS SANTOS CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963031555	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

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	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00	24,40	S	01/10/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	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	61,00	24,40	

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
3 / OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	3 / OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	01/10/20	07/10/20 SBCO CORRETORA INTEGRADA EIRELI CNPJ: 16.852.455/0001-75 3 / OUT. 2020

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 395338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/10/20	23/10/20	AUTORIZADO	7956036	12/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205222680000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WITER BARBOSA DE BRITO 01/07/1980	( ) -	WITER BARBOSA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963031555	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

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-		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	24,40	S	23/10/20		
2-		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	24,40	S	23/10/20		
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	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	12,00	48,80	

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
31 OUT. 2020 / / Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 / / Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	23/10/20	31 OUT. 2020 SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI CNPJ: 16.852.455/0001-75

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 378694
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/09/20	28/10/20	AUTORIZADO	7886547	18/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025314308000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR MACEDO ALVES 26/12/1998	( ) -	MARCIA DOS SANTOS MACEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	14,40	S			Vitor
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	14,40	S			Vitor
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	14,40	S			Vitor
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	14,40	S			Vitor
5-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	13,60	S			Vitor
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	712,00	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
31 OUT. 2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	/ / Vitor Macedo	31 OUT. 2020

SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI
CNPJ: 16.852.455/0001-75

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 379485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/09/20	14/10/20	AUTORIZADO	7887611	20/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025222680000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WITER BARBOSA DE BRITO 01/07/1980	( ) -	WITER BARBOSA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963031555	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		13,60	S	14/10/20		witer
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		14,40	S	14/10/20		witer
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		14,40	S	14/10/20		witer
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		14,40	S	14/10/20		witer
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		14,40	S	14/10/20		witer
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	73,20	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
31 OUT 2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT 2020 Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	14/10/20 Witer B. Brito	31 OUT 2020 SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI CNPJ: 10.032.455/0001-73

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 384131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/09/20	16/10/20	AUTORIZADO	7909897	25/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253061700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUANA KEYTE BARBOSA DE PINHO 30/05/1999	( ) -	LUANA KEYTE BARBOSA DE PINHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	24,40		S	16/10/20		Luana
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	24,40		S	16/10/20		Luana
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	24,40		S	16/10/20		Luana
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	24,40		S	16/10/20		Luana
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	97,60	

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 Operadora
31/OUT./2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31/OUT./2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	19/10/20 Luana	31/OUT./2020

SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI
CNPJ: 16.052.455/0001-75

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

394113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/10/20	19/10/20	AUTORIZADO	7951178	08/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025266815000001 02	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HELSON LUIS LIMA GUIMARAES LOPES 03/04/1998	(61) 9599-1870	ANA LUCIA MENDES DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	14,40	S	19/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	14,40	S	19/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	14,40	S	19/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	14,40	S	19/10/20		
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	576,00	

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 Assinatura do Executante
31 OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	19/10/20	31 OUT. 2020

SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI
CNPJ: 10.552.455/0001-73

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352856
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7769285	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020259338000001 02	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CAROLINA BARBOSA DE PINHO 22/12/2003	( ) -	FRANCISCA CLEMENTE BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03963903155	THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THIAGO SOARES DE JESUS	11704	DF	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 4081-16

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	4081	NUCLEO METALICO BIPARTIDO	16		1	360,00	144,00		S	11/08/20		Luana
2-											/ /		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	360,00	144,00	

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
31 OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 Dr. Thiago Soares de Jesus Cirurgião Dentista CRO-DF 11704	31 OUT. 2020 Luana	31 OUT. 2020

SBCO CLINICA INTEGRADA EIRELI
CNPJ: 18.[illegible]