OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320734
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	04/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7614809	02/09/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	8-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205275686800001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA NERI TIMOTEO 27/03/1981	( ) -	ANA NERI TIMOTEO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410353579	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	24/05/20		Ana
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	24/05/20		Ana
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	24/05/20		Ana
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	24/05/20		Ana
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	1440	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/06/20	24/06/20	24/06/20 Ana Neri Timoteo	24/06/20 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320280
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	03/06/20	03/07/20	AUTORIZADO	7612357	01/09/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	8-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205235091400031021	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KELLY VIEIRA BRAGA 03/08/1985	( ) -	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410353579	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	10/06/20		Kelly
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	340	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
			Clarissa L. S. Chagas

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

337118
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	50175614	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379991940646445185	POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO		704604181714022

13-Nome	14-Telefone	15-Número do titular do plano
ELISABETE TORRES MAGALHAES 03/08/1990	( )	ALLAM DO NASCIMENTO MEDEIROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	18-UF	20-Código CBO S
N	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335791	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Visto da Glosa	42-Assinatura
1	00808510019	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61	00		8	15/07/20		
2	00808510019	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00		8	15/07/20		

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	122	00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/07/20	15/07/20	15/07/20	Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

334299
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/07/20	04/07/20	AUTORIZADO	50174441	02/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379991940616021210	POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO		701008852558791

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENATA APARECIDA CAMPOS FERNAN 25/03/1983	( )	RENATA APARECIDA CAMPOS FERNAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	18-UF	20-Código CBO S
N	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

601 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335791	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Visto da Glosa	42-Assinatura
1	00808510019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	00		8	23/07/20		

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	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/07/20	23/07/20	23/07/20	Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-VIA

334145

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	03/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	50174395	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994044145159	POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO		704604181714022

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISABETE TORRES MAGALHAES 03/08/1990	( )	ALLAM DO NASCIMENTO MEDEIROS

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Rubrica do Dente	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	00,00		S	08/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	00,00		S	08/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	00,00		S	08/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	00,00		S	08/07/20		
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	1440	00,00	

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

Clarissa L. S. Chagas

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/07/20	08/07/20	08/07/20	02/07/20 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-VIA

330845

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	26/08/20	03/09/20	AUTORIZADO	7667214	24/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202352309408000031018	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLA CRISTINA SANTANA DA SILVA 31/05/1983	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Rubrica do Dente	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	00,00		S	03/09/20		Carla
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	00,00		S	03/09/20		Carla
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	00,00		S	03/09/20		Carla
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	00,00		S	03/09/20		Carla
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	1440	00,00	

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

Clarissa L. S. Chagas

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
03/09/20	03/09/20	03/09/20 Carla Cristina Santana da Silva	30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

330843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/06/2020	03/07/2020	AUTORIZADO	7667212	24/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 2 3 5 0 9 4 0 0 0 0 3 1 0 8	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
CARLA CRISTINA SANTANA DA SILVA 31/05/1983	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 2 4 1 0 3 3 5 7 9 9	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Incidência da Glosa	42-Assinatura
1	0	0 8 1 0 0 0 0 8 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0		S	24/06/2020		Carla
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	3 4 0 0	0 0 0	

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
24/06/2020	24/06/2020	24/06/2020 Carla Cristina S	24/06/2020 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

334139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/2020	03/07/2020	AUTORIZADO	50174392	01/10/2020

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 3 7 9 8 9 4 0 6 3 7 5 4 6 1 1	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DOR DE G		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
REBECA ALVES DOS SANTOS 23/08/2012	( )	ADRIANO ALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rn	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 2 4 1 0 3 3 5 7 9 9	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Incidência da Glosa	42-Assinatura
1	0	0 8 4 0 0 0 0 8 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	7 2 0 0	0 0		S	03/07/2020		
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	7 2 0 0	0 0 0	

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
03/07/2020	03/07/2020	03/07/2020 Rebeca Alves dos Santos	03/07/2020 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª via

337763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/2020	17/07/2020	AUTORIZADO	7698330	08/10/2020

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025232359400003108	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
CARLA CRISTINA SANTANA DA SILVA 31/05/1983	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 831002020

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010020	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	800	0,00			31/07/2020		Carla
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	800	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(a), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/07/2020	31/07/2020	31/07/2020 Carla Cristina Santana da Silva.	31/07/2020 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª via

331710
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/06/2020	30/06/2020	AUTORIZADO	50173411	28/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370999406464445191	POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO		704604181714022

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ELISABETE TORRES MAGALHAES 03/08/1990	( )	ALLAM DO NASCIMENTO MEDEIROS

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00			31/07/2020		
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	340	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(a), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/07/2020	01/07/2020	01/07/2020	01/07/2020 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326689 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/2020	23/06/2020	AUTORIZADO	7645130	16/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02023513094000316	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO VIEIRA LUDGERIO 24/11/2005	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	610	0,00	0,00	S	23/06/2020		Kelly
2	00	81010196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	610	0,00	0,00	S	23/06/2020		Kelly
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	1220	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

Clarissa L. S. Chagas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/06/2020	23/06/2020	23/06/2020 Kelly V. Braga	23/06/2020 30.521.477/0001-83

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320744 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/2020	09/06/2020	AUTORIZADO	7614869	02/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00251278688000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA BEATRIZ TIMOTEO 08/09/2002	( )	ANA NERI TIMOTEO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(F) 85200158-46
(I) 81090421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85201501	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	530	0,00	0,00	S	24/06/2020		Ana
2	00	81010042	RX PERIAPICAL	RMID		1	140	0,00	0,00	S	24/06/2020		Ana
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	547	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

Clarissa L. S. Chagas

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
24/06/2020	24/06/2020	24/06/2020 Ana Neri Timoteo	24/06/2020 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320855
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7615496	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202352359403000310 2	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KELLY VIEIRA BRAGA 03/08/1985	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335579900	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102161	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	00	00		25/06/20		Kelly
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	

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
25/06/20	25/06/20	25/06/20 Kelly V. Braga	25/06/20 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326687
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7645124	18/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202352359403000310 2	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KELLY VIEIRA BRAGA 03/08/1985	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410335579900	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	31	VDL	1	122	00	00		25/06/20		Kelly
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	122	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
25/06/20	25/06/20	25/06/20 Kelly V. Braga	25/06/20 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320552
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7613722	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025239504000031061	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO VIEIRA LUDGERIO 24/11/2005	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

Dados do Contratado Requisitante / ou Executante

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410313579	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Rubrica de Glosa	42-Assinatura
1	08400019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00			S	17/06/20		Kelly
2	08400019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00			S	17/06/20		Kelly
3	08400019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00			S	17/06/20		Kelly
4	08400019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00			S	17/06/20		Kelly
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	140,00	0,00	

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

49-Observação

Clarissa L. S. Chagas

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
17/06/2020	17/06/2020	17/06/2020 Kelly V. Braga	17/06/2020 30.521.477/0001-83

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7613737	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202523504000031061	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO SANTANA LUDGERIO 12/05/1977	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

Dados do Contratado Requisitante / ou Executante

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410313579	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Rubrica de Glosa	42-Assinatura
1	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00			S	17/06/20		Fabio
2	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00			S	17/06/20		Fabio
3	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00			S	17/06/20		Fabio
4	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00			S	17/06/20		Fabio
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	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/06/2020	17/06/2020	17/06/2020 Fabio S. Ludgerio	17/06/2020

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320556
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	04/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7813740	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020205235095400003102	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KELLY VIEIRA BRAGA	03/08/1985	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410325799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00	S	17/06/20		Kelly
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00	S	17/06/20		Kelly
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00	S	17/06/20		Kelly
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00	S	17/06/20		Kelly
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	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/06/20	17/06/20	12/06/20 Kelly V. Braga	17/06/20 Clarissa L. S. Chagas 30.521.477/0001-83

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

320278
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	03/06/20	03/07/20	AUTORIZADO	7612354	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020205235095400003106	POS REDE PRESTADORA	ASFEM ASSOCIACAO SERVIDORES		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO VIEIRA LUDGERIO	24/11/2005	( )	FABIO SANTANA LUDGERIO

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	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12410325799	CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA LETICIA SANCHES CHAGAS	41467	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000015	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	10/06/20		Kelly
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	34,00	0,00	

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

49-Observação

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