

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



537828

|                          |                                              |                                          |                       |                                       |                                             |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>2 9 / 0 4 / 2 1 | 4-Data de Autorização<br>2 9 / 0 4 / 2 1 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8537248 | 7-Data Validade da Senha<br>2 8 / 0 7 / 2 1 |
|--------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                                               |                                |                                                           |                                     |                                       |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 7 9 0 0 0 6 5 0 1 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA                        | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>SERGIO RICARDO KUCERA POZO                         | 14-Telefone<br>22/03/1983      | 15-Nome do titular do plano<br>SERGIO RICARDO KUCERA POZO |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                              |                           |             |                       |                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548 | 19-UF<br>RS | 20-Código CBO S<br>10 | Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0 8 0 3 4 4 2 6 5 8     | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548 | 24-UF<br>RS | 25-Código CNES        |                 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                              | 27-Número no CRO<br>21548 | 28-UF<br>RS | 29-Código CBO S       |                 |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Faca | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Olosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0       | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 3 4 0 0          | 0 0 0    |                                 |        | 29/04/21              |                    |               |
| 2         | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8       | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 3 5 0 0          | 0 0 0    |                                 |        | 29/04/21              |                    |               |
| 3         | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8       | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 3 5 0 0          | 0 0 0    |                                 |        | 29/04/21              |                    |               |
| 4         | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8       | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 3 5 0 0          | 0 0 0    |                                 |        | 29/04/21              |                    |               |
| 5         | 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8       | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 3 5 0 0          | 0 0 0    |                                 |        | 29/04/21              |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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.

43-Observação

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                     |                             |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1 7 4 0 0 | 47-Valor Total R\$<br>0 0 0 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



534841

|                                                                |                                                          |                                                              |                         |                                                             |                                        |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>27/04/21                    | 4-Data de Autorização<br>27/04/21                            | 5-Serinha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8525309                       | 7-Data Validade da Serinha<br>26/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               |                         | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA                          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |
| 8-Número da Carteira<br>00202527057900009502                   |                                                          | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                        |                         | 13-Nome<br>DANDARA DE OLIVEIRA AMARAL                       |                                        |
| 14-Data de Nascimento<br>06/01/1996                            |                                                          | 14-Telefone<br>( ) - - - - -                                 |                         | 15-Nome do titular do plano<br>EDERSON LUIS PERETTI BARBOZA |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                          | 16-Número no CRO<br>21548                                    |                         | 18-UF<br>RS                                                 | 20-Código CBO S<br>10                  |
| 19-Atendimento a RM<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE |                                                              | Faturar Empresa         |                                                             |                                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              |                                                          | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                         | 23-Número no CRO<br>21548                                   | 24-UF<br>RS                            |
| 25-Código CNES                                                 |                                                          | 26-Número no CRO<br>21548                                    |                         | 28-UF<br>RS                                                 | 29-Código CBO S                        |
| 29-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                          |                                                              |                         |                                                             |                                        |

| 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    | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Dandara       |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Dandara       |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Dandara       |
| 4         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 14              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Dandara       |
| 5         | 0082000816                | EXODONTIA A RETALHO   | 18              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Dandara       |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/05/21              |                    | Dandara       |
| 7         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/05/21              |                    | Dandara       |
| 8         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/05/21              |                    | Dandara       |
| 9         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 03/05/21              |                    | Dandara       |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>457,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ /               | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>27/04/21 Natalia Marocco de Souza |
| 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>27/04/21 Dandara Amaral | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ /                                             |



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



518243

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 5-Data de Emissão da Guia<br>08/04/21 | 4-Data de Autorização<br>09/04/21 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8462872 | 7-Data Validade da Senha<br>07/07/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|

|                                              |                                |                                                             |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202527057900008601 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA                          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA      | 14-Telefone<br>24/11/1992      | 15-Nome do titular do plano<br>TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA |                                     |                                       |

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                              |                           |                 |                       |                                                                |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548 | 19-UF<br>RS     | 20-Código CBO S<br>10 | Faturar Empresa<br>Enviar - RX<br>(1) 85100200<br>(1) 85100200 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548 | 24-UF<br>RS     | 25-Código CNES        |                                                                |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>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         | 0082000875                | EXODONTIA SIMPLES DE  | 48              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/04/21              |                    |               |
| 2         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | OV      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/04/21              |                    |               |
| 3         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 47              | OD      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 16/04/21              |                    |               |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAI             |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    |               |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAS             |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    |               |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    |               |
| 7         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>389,00 | 47-Valor Total R\$<br>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 |
|---------------|

|                                                                      |                                                                               |                                                                       |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/04/21 Natali S. Souza | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/04/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2414



518254

|                                                                |                                       |                                                              |                       |                                                             |                                      |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Região ANS<br>406414                                         | 2-Data de Emissão da Guia<br>08/04/21 | 3-Data de Autorização<br>09/04/21                            | 4-Senha<br>AUTORIZADO | 5-Número da Guia Principal<br>8462878                       | 6-Data Validade da Senha<br>07/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               |                       | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA                          | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 8-Número da Carteira<br>00202527057900008604                   |                                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                        |                       | 15-Nome do titular do plano<br>TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA |                                      |
| 13-Nome<br>DIOGO GROTH MORCARDINI                              |                                       | 14-Data<br>26/10/2007                                        |                       | 16-Telefone<br>( ) -                                        |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                       | 17-Número no CRO<br>21548                                    |                       | 18-UF<br>RS                                                 | 20-Código CBO 5<br>10                |
| 19-Atendimento a RM<br>N                                       |                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     |                       | Faturar Empresa                                             |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                       | 23-Número no CRO<br>21548                                   | 24-UF<br>RS                          |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                       | 27-Número no CRO<br>21548                                    |                       | 28-UF<br>RS                                                 | 29-Código CBO 5                      |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Cidade/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Fratura/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Omissão (2-4) |
|-----------|---------------------------|-----------------------|------------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------|
| 1         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 25               | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                | S      | 12/04/21              |                            |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 44               | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                | S      | 12/04/21              |                            |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD             |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | S      | 24/04/21              |                            |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID             |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | S      | 24/04/21              |                            |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE             |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | S      | 24/04/21              |                            |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE             |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | S      | 24/04/21              |                            |
| 7         |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 8         |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 9         |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 10        |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 11        |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 12        |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 13        |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 14        |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |
| 15        |                           |                       |                  |         |        |                  |          |                                |        |                       |                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 42-Data Fim do Tratamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 43-Tipo de Atendimento   | 44-Tipo de Tratamento    | 45-Tipo de Atendimento   | 46-Tipo de Atendimento   | 47-Tipo de Atendimento   | 48-Tipo de Atendimento   |
| 07/07/21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 1-Prestação Odontológica | 1-Prestação Odontológica | 1-Prestação Odontológica | 1-Prestação Odontológica | 1-Prestação Odontológica | 1-Prestação Odontológica |
| Declaram, que após ter sido devidamente informado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as obrigações do profissional executor e a pagar os custos previstos em contrato. Declaram, ainda, que este procedimento(s) descrito(s) acima, é (s) por meio(s) imediato(s), ou foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome a por minha conta, ao profissional contratado que realize este(s) procedimento(s), 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 Gestor/Coordenador Geral<br>51-Data, local e Assinatura do Profissional<br>52-Data, local e Assinatura da Empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |



life

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



519611

|                                                                |                                       |                                                              |                                |                                                        |                                      |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Região ANS<br>405414                                         | 3-Data de Emissão da Guia<br>09/04/21 | 4-Data de Autuação<br>09/04/21                               | 5-Senha<br>AUTORIZADO          | 6-Número da Guia Principal<br>8468287                  | 7-Data Validade da Senha<br>08/07/21 |
| 8-Endereço do Beneficiário<br>00202535360000000102             |                                       |                                                              | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 13-Nome<br>MAXSUEL SOUZA ROSA                                  |                                       |                                                              | 14-Telefone<br>0501/1991       | 15-Nome do titular do plano<br>KEREM CRISTIANE DE MELO |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |                                       |                                                              |                                |                                                        |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE       |                                       |                                                              |                                |                                                        |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                | 23-Número no CRO<br>21548                              | 24-UF<br>RS                          |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                       | 27-Número no CRO<br>21548                                    |                                | 28-UF<br>RS                                            | 29-Código CBO S<br>10                |
| 30-Código CNES<br>Faturar Empresa                              |                                       |                                                              |                                |                                                        |                                      |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Ordem/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         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ     | 18            | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/04/21              |                    | Manuel        |
| 2         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ     | 28            | 1       | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/04/21              |                    | Manuel        |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD          | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Manuel        |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID          | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Manuel        |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE          | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Manuel        |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE          | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Manuel        |
| 7         |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |               |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                                                                      |                                            |                            |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial                                          | 46-Total Quantidade US<br>286,00           | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/04/21 Natalia G. Souza                             | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/04/21 Manuel S. Rosa | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |                            |                                         |

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



519616

|                                                                |                                                          |                                     |                                                              |                                                        |                                        |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão na Guia<br>09/04/2017                  | 4-Data de Autorização<br>09/04/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                        | 9-Número da Guia Principal<br>8468322                  | 7-Data Validade da Senha<br>08/07/2017 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                          |                                     |                                                              |                                                        |                                        |
| 8-Número da Carteira<br>00202535536000000103                   |                                                          | 6-Plano<br>POS REDE PRESTADORA      | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    | 12-Número da Cartão Nacional de Saúde  |
| 13-Nome<br>KAUA DE MELO ROSA                                   |                                                          |                                     | 14-Telefone<br>28/07/2016                                    | 15-Nome do titular do plano<br>KEREM CRISTIANE DE MELO |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                          |                                     |                                                              |                                                        |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE |                                     | 18-Número no CRO<br>21548                                    | 19-UF<br>RS                                            | 20-Código CBO S<br>10                  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             |                                                          |                                     | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548                              | 24-UF<br>RS                            |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                          |                                     | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>RS                                            | 25-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         | 0085100153                | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO   | 75              | MDO     | 1      | 122,00           | 0,00     | 0,00                            | S      | 09/04/21              |                    | Kaamel        |
| 2         | 0085100153                | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO   | 74              | MOD     | 1      | 122,00           | 0,00     | 0,00                            | S      | 09/04/21              |                    | Kaamel        |
| 3         | 0085100153                | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO   | 65              | ODP     | 1      | 122,00           | 0,00     | 0,00                            | S      | 13/04/21              |                    | Kaamel        |
| 4         | 00830000089               | EXODONTIA SIMPLES DE      | 71              |         | 1      | 73,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 23/04/21              |                    | Kaamel        |
| 5         | 00840000074               | APLICAÇÃO DE SELANTE DE   | 16              |         | 1      | 49,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 27/04/21              |                    | Kaamel        |
| 6         | 00840000090               | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR |                 |         | 1      | 72,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 27/04/21              |                    | Kaamel        |
| 7         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                           |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>560,00 | 47-Valor Total R\$<br>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

09/04/21 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

09/04/21 Kaamel S. Iorio

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP



519625

|                                                                |                                                              |                                      |                                                        |                                       |                                             |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 2-Data de Emissão da Guia<br>09/04/21                        | 3-Data de Autorização<br>09/04/21    | 4-Sincla<br>AUTORIZADO                                 | 5-Número da Guia Principal<br>8468329 | 6-Data Validade da Sincla<br>08/07/21       |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              |                                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                  |                                       |                                             |
| 8-Número da Carteira<br>00202535536000000101                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    |                                       |                                             |
| 13-Nome<br>KEREM CRISTIANE DE MELO                             |                                                              | 14-Telefone<br>12/11/1995            | 15-Nome do titular no plano<br>KEREM CRISTIANE DE MELO |                                       |                                             |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                              |                                      |                                                        |                                       |                                             |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRD<br>21548            | 19-UF<br>RS                                            | 20-Código CBO S<br>10                 | Faturar Empresa                             |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRD<br>21548            | 24-UF<br>RS                                            | 25-Código CNES                        | Enviar - RX<br>( ) 85100200<br>( ) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                              | 27-Número no CRD<br>21548            | 28-UF<br>RS                                            | 29-Código CBO S                       |                                             |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qnt | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22              | MP      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/04/21              |                    | Kerem         |
| 2         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | OL      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/04/21              |                    | Kerem         |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 37              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/04/21              |                    | Kerem         |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 28/04/21              |                    | Kerem         |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 28/04/21              |                    | Kerem         |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 28/04/21              |                    | Kerem         |
| 7         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 28/04/21              |                    | Kerem         |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>377,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>14/04/21 Kerem c. de Melo | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>/ / | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



518695

|                                                                |                                                              |                                                         |                                       |                                      |                                      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/04/21                        | 4-Data de Autorização<br>/ /                            | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO      | 6-Número da Guia Principal<br>518695 | 7-Data Validade da Senha<br>07/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              |                                                         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202527057900005301                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA                      | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   |                                      |                                      |
| 13-Nome<br>GILNEI BUENO DE OLIVEIRA                            | 14-Telefone<br>31/01/1986                                    | 15-Nome do titular do plano<br>GILNEI BUENO DE OLIVEIRA |                                       |                                      |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                              |                                                         |                                       |                                      |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548                               | 19-UF<br>RS                           | 20-Código CBO S<br>10                |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548                               | 24-UF<br>RS                           | 25-Código CNES                       |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                              | 27-Número no CRO<br>21548                               | 28-UF<br>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      | 08/04/21              |                    |               |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>08/04/21 Natalia M. Souza | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/04/21 Gilnei Bueno de Oliveira | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



520673

|                                                                |                                                              |                                    |                                                         |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/04/21                        | 4-Data de Autorização<br>12/04/21  | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                   | 6-Número da Guia Principal<br>8472219 | 7-Data Validade da Senha<br>11/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              |                                    | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde                   |                                       |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202527057900005301                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                     |                                       |                                      |
| 13-Nome<br>GILNEI BUENO DE OLIVEIRA                            |                                                              | 14-Telefone<br>( ) - - - - -       | 15-Nome do titular do plano<br>GILNEI BUENO DE OLIVEIRA |                                       |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                              |                                    |                                                         |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548          | 19-UF<br>RS                                             | 20-Código CBO S<br>10                 | Faturar Empresa                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548          | 24-UF<br>RS                                             | 25-Código CNES                        |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                              | 27-Número no CRO<br>21548          | 28-UF<br>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     | 25              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/04/21              |                    | Gen           |
| 2         | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ     | 28              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/04/21              |                    | Gen           |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Gen           |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Gen           |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Gen           |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Gen           |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>286,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                      |                                                                                |                                                                            |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>12/04/21 natalia p. souza | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>12/04/21 G. Gen | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



510839

|                                                    |                                       |                                      |                                                              |                                                            |                                      |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                           | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/03/21 | 4-Data de Autorização<br>08/04/21    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                        | 6-Número da Guia Principal<br>8432011                      | 7-Data Validade da Senha<br>27/06/21 |
| Dados do Beneficiário                              |                                       |                                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                        |                                                            |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>0020253529090000101        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA        | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                          |                                                            |                                      |
| 13-Nome<br>MONICA SINARA RAMOS PACHECO             |                                       |                                      | 14-Telefone<br>( ) -                                         | 15-Nome do titular do plano<br>MONICA SINARA RAMOS PACHECO |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                           |                                       |                                      | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     |                                                            |                                      |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CEF<br>08034442658 |                                       |                                      | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                            |                                      |
| 23-Número no CRO<br>21548                          |                                       |                                      | 24-UF<br>RS                                                  |                                                            |                                      |
| 25-Código CBO S<br>10                              |                                       |                                      | 26-Código CNES<br>( ) 85100200                               |                                                            |                                      |
| 27-Número no CRO<br>21548                          |                                       |                                      | 28-UF<br>RS                                                  |                                                            |                                      |
| 29-Código CBO S<br>( ) 85100200                    |                                       |                                      | 30-Código CBO S<br>( ) 85100200                              |                                                            |                                      |

Faturar Empresa

Enviar - RX

( ) 85100200

( ) 85100200

( ) 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-                                     | 0085100200                                                                            | RESTAURAÇÃO RESINA     | 21                       | MP                 | 1                                       | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/04/21              |                    | Monica P      |
| 2-                                     | 0085100200                                                                            | RESTAURAÇÃO RESINA     | 11                       | MV                 | 1                                       | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/04/21              |                    | Monica P      |
| 3-                                     | 0085100200                                                                            | RESTAURAÇÃO RESINA     | 12                       | VM                 | 1                                       | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 14/04/21              |                    | Monica P      |
| 4-                                     | 0082000859                                                                            | EXODONTIA DE RAIZ      | 14                       |                    | 1                                       | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/04/21              |                    | Monica P      |
| 5-                                     | 0082000859                                                                            | EXODONTIA DE RAIZ      | 15                       |                    | 1                                       | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/04/21              |                    | Monica P      |
| 6-                                     | 0082000859                                                                            | EXODONTIA DE RAIZ      | 26                       |                    | 1                                       | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 09/04/21              |                    | Monica P      |
| 7-                                     |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-                                     |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-                                     |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-                                    |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-                                    |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-                                    |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-                                    |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-                                    |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-                                    |                                                                                       |                        |                          |                    |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 43-Data Prevista Término de Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                                | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantitativo US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| / /                                    | 1-Tratamento Odontológico 2-Emergência Radiológica 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial      | 483,00                   | 0,00               |                                         |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

49-Observação

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

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

14/04/21 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

14/04/21 Monica Sinara Ramos Pacheco

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



518238

|                        |                                         |                                     |                       |                                       |                                        |
|------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Região ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/10/2014 | 4-Data de Autorização<br>08/10/2014 | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8462833 | 7-Data Validade da Senha<br>07/10/2014 |
|------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                              |                                |                                                            |                                     |                                       |
|----------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>00202535290900000101 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                       | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>MONICA SINARA RAMOS PACHECO       | 14-Telefone<br>( ) -           | 15-Nome do titular do plano<br>MONICA SINARA RAMOS PACHECO |                                     |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                              |                           |                 |                       |                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548 | 19-UF<br>RS     | 20-Código CBO S<br>10 | Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548 | 24-UF<br>RS     | 25-Código CNES        | Enviar - RX     |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>RS               | 29-Código CBO S | ( ) 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         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 44              | VO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Monica        |
| 2         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 45              | VO      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Monica        |
| 3         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 46              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Monica        |
| 4         | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 22              | VM      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/04/21              |                    | Monica        |
| 5         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 35              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/04/21              |                    | Monica        |
| 6         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 36              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 12/04/21              |                    | Monica        |
| 7         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/04/21              |                    | Monica        |
| 8         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/04/21              |                    | Monica        |
| 9         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/04/21              |                    | Monica        |
| 10        | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 15/04/21              |                    | Monica        |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                        |                                                                                   |                        |                        |                    |                                         |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento                                                            | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|                                        | 1-Tratamento Odontológico; 2-Exame Radiológico; 3-Cirurgia; 4-Urgência/Emergência | 1-Total; 2-Parcela     | 587,00                 | 0,00               |                                         |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que 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 Grupo Dentário Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Contratado | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado | 53-Data, local e Assinatura do Grupo Dentário Beneficiário |
|                                                           | 08/04/21 Natalia M Souza                                 | 08/04/21 Monica Pacheco                                |                                                            |

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



518261

|                                                                |                                       |                                                              |                       |                                       |                                      |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/04/21 | 4-Data de Autorização<br>08/04/21                            | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8462977 | 7-Data Validade da Senha<br>07/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                       | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               |                       | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA  | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  |
| 8-Número da Carteira<br>00202535801300000101                   |                                       | 13-Nome<br>SIMONE RAMOS PACHECO                              |                       | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                      |
| 14-Telefone<br>( ) -                                           |                                       | 15-Nome do titular do plano<br>SIMONE RAMOS PACHECO          |                       |                                       |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |                                       |                                                              |                       |                                       |                                      |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE       |                                       | 18-Número no CRO<br>21548                                    |                       | 19-UF<br>RS                           | 20-Código CBO S<br>10                |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             |                                       | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                       | 23-Número no CRO<br>21548             | 24-UF<br>RS                          |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                       | 26-Número no CRO<br>21548                                    |                       | 27-UF<br>RS                           | 28-Código CBO S                      |

Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(1) 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-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ  | 28              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Simone        |
| 2-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ  | 25              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 08/04/21              |                    | Simone        |
| 3-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ  | 44              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/04/21              |                    | Simone        |
| 4-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ  | 45              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/04/21              |                    | Simone        |
| 5-        | 0082000859                | EXODONTIA DE RAIZ  | 47              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 | S      | 10/04/21              |                    | Simone        |
| 6-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 22              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Simone        |
| 7-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 11              | V       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Simone        |
| 8-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 16              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Simone        |
| 9-        | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 17              | O       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 23/04/21              |                    | Simone        |
| 10-       | 0085100200                | RESTAURAÇÃO RESINA | 12              | VI      | 1      | 88,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Simone        |
| 11-       | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA | 43              | L       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 | S      | 27/04/21              |                    | Simone        |
| 12-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                    |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>758,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

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

|               |
|---------------|
| 49-Observação |
|---------------|

|                                                                      |                                                                                        |                                                                                            |                                               |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista<br>08/04/21 Natalia Marocco de Souza | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>08/04/21 Simone Ramos Pacheco | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



518276

|                                                                |                                                          |                                                              |                                                     |                                       |                                    |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>08/04/21                    | 4-Data de Autorização<br>08/04/21                            | 5-Senha<br>AUTORIZADO                               | 6-Número da Guia Principal<br>8462984 | 7-Data Válida da Senha<br>07/07/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                          |                                                              | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde               |                                       |                                    |
| 8-Número da Carteira<br>002025358013000000101                  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                           | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                         | 11-Data Válida da Carteira<br>/ /                   |                                       |                                    |
| 13-Nome<br>SIMONE RAMOS PACHECO                                |                                                          | 14-Telefone<br>( ) -                                         | 15-Nome do titular do plano<br>SIMONE RAMOS PACHECO |                                       |                                    |
| 16-Data de Nascimento<br>12/06/1980                            |                                                          |                                                              |                                                     |                                       |                                    |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                          |                                                              |                                                     |                                       |                                    |
| 19-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE | 18-Número no CRO<br>21548                                    | 19-UF<br>RS                                         | 20-Código CBO S<br>10                 | Faturar Empresa                    |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              |                                                          | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548                           | 24-UF<br>RS                           | 25-Código CNES                     |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                          | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>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         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/04/21              |                    | Simone        |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/04/21              |                    | Simone        |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/04/21              |                    | Simone        |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIH            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 30/04/21              |                    | Simone        |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>140,00 | 47-Valor Total R\$<br>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, a 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 Grupo/Dono Solicitante<br>30/04/21 Natália H. Souza<br>51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dono Beneficiário<br>30/04/21 Simone Ramos Pacheco<br>52-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ /                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                         |

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



527257

|                          |                                       |                                   |                                  |                                      |                                      |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>19/04/21 | 4-Data de Autorização<br>11/11/11 | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal<br>527257 | 7-Data Validade da Senha<br>18/07/21 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|

Dados do Beneficiário

|                                             |                                |                                    |                                                             |                                       |
|---------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira<br>0020252705790009502 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11                    | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 13-Nome<br>DANDARA DE OLIVEIRA AMARAL       |                                | 14-Telefone<br>(11) 1111-1111      | 15-Nome do titular do plano<br>EDERSON LUIS PERETTI BARBOZA |                                       |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                |                                                              |                           |             |                       |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------|-----------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548 | 19-UF<br>RS | 20-Código CBO S<br>10 |
| 21-Código no Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658             | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548 | 24-UF<br>RS | 25-Código CNES        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                              | 27-Número no CRO<br>21548 | 28-UF<br>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      | 19/04/21              |                    | <i>Natalia Marocco</i> |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |                        |

|                                                    |                                                                                                          |                                            |                                 |                            |                                        |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|
| 43-Data Prevista Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 4-Exatidão 5-Exatidão 6-Exatidão | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcel | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Taxa Franquia / Co-participação R\$ |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acordo 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 Grupo Dentista Solicitante<br>11/11/11 | 51-Data, local e Assinatura do Grupo Dentista Contratado<br>19/04/21 Natalia Marocco | 52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável<br>19/04/21 Dandara Amaral | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>11/11/11 |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



505482

|                                                                |                                                              |                                      |                                       |                                                         |                                      |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/03/21                        | 4-Data de Autorização<br>19/04/21    | 5-Senha<br>AUTORIZADO                 | 6-Número da Guia Principal<br>8408727                   | 7-Data Validade da Senha<br>20/06/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              |                                      | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |                                                         |                                      |
| 8-Número da Carteira<br>00202534940200000101                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   |                                                         |                                      |
| 13-Nome<br>ANA CLAUDIA FREDES ALVES                            |                                                              |                                      | 14-Telefone<br>( ) -                  | 15-Nome do titular do plano<br>ANA CLAUDIA FREDES ALVES |                                      |
| 26/05/1998                                                     |                                                              |                                      |                                       |                                                         |                                      |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                              |                                      | Faturar Empresa                       |                                                         |                                      |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548            | 19-UF<br>RS                           | 20-Código CBO S<br>10                                   |                                      |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548            | 24-UF<br>RS                           | 25-Código CNES                                          |                                      |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>RS                          | 29-Código CBO S                       |                                                         |                                      |

| 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         | 0082000875                | EXODONTIA SIMPLES DE  | 18              |         | 1      | 73,00            | 0,00     |                                 |        | 19/04/21              |                    | Ana           |
| 2         | 0085100196                | RESTAURAÇÃO RESINA    | 25              | 0       | 1      | 61,00            | 0,00     |                                 |        | 19/04/21              |                    | Ana           |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 19/04/21              |                    | Ana           |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 19/04/21              |                    | Ana           |
| 5         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 19/04/21              |                    | Ana           |
| 6         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 |        | 19/04/21              |                    | Ana           |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                             |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>274,00 | 47-Valor Total R\$<br>10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>19/04/21 Natália M. Souza | 52-Data, local e Assinatura do Assistente / Responsável<br>19/04/21 Ana C. F. Alves | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



532006

|                                                                     |                                                                        |                                     |                                                                   |                                                     |                                        |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                            | 3-Data de Emissão da Guia<br>23/10/2017                                | 4-Data de Autorização<br>23/10/2017 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                                             | 6-Número da Guia Principal<br>8514455               | 7-Data Validade da Senha<br>22/10/2017 |
| Dados do Beneficiário                                               |                                                                        |                                     | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                    | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |
| 8-Número da Carteira<br>00202535801300000101                        |                                                                        |                                     | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>/ /                      |                                                     |                                        |
| 13-Nome<br>SIMONE RAMOS PACHECO                                     |                                                                        |                                     | 14-Telefone<br>12/06/1980                                         | 15-Nome do titular do plano<br>SIMONE RAMOS PACHECO |                                        |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                     |                                                                        |                                     | 18-Número no CRO<br>14986                                         | 19-UF<br>RS                                         | 20-Código CBO S                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                            | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA |                                     | 23-Número no CRO<br>14986                                         | 24-UF<br>RS                                         | 25-Código CNES                         |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>93664761715                  |                                                                        |                                     | 22-Nome do Contratado Exadante<br>RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA |                                                     |                                        |
| 26-Nome do Profissional Exadante<br>RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA |                                                                        |                                     | 27-Número no CRO<br>14986                                         | 28-UF<br>RS                                         | 29-Código CBO S                        |

Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(F) 85200140-24  
(I) 81000421-RPSE

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Région | 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         | 00815200140               | TRATAMENTO ENDODÔNTICO | 24              |         | 1      | 333,00           | 0,00     |                                 |        | 23/04/21              |                    | Simone        |
| 2         | 0081000421                | RX PERIAPICAL          | RPSE            |         | 1      | 14,00            | 0,00     |                                 |        | 23/04/21              |                    | Simone        |
| 3         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                  |                            |                                                |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>347,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>/ / |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|

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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável<br>23/04/21 Simone Pacheco | 52-Data, local e Assinatura do Responsável<br>23/04/21 Simone Pacheco | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



532032

|                                                                       |                                             |                                                                        |                       |                                                  |                                            |
|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                              | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/3/10/4/12/1 | 4-Data de Autorização<br>12/3/10/4/12/1                                | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8514690            | 7-Data Validade da Senha<br>12/2/10/7/12/1 |
| Dados do Beneficiário                                                 |                                             | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                         |                       | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA               | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /        |
| 8-Número da Carteira<br>100202527057900000702                         |                                             | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                                  |                       | 13-Nome do titular do plano<br>ODAIR LOPES NUNES |                                            |
| 13-Nome<br>ENZO GABRIEL NUNES                                         |                                             | 14-Telefone<br>( ) 813815882                                           |                       | 15-Data Validade da Carteira<br>/ /              |                                            |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                       |                                             |                                                                        |                       |                                                  |                                            |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                              |                                             | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA |                       | 18-Número no CRO<br>14986                        |                                            |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>93664761715                    |                                             | 22-Nome do Contratado Executante<br>RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA    |                       | 19-UF<br>RS                                      |                                            |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA |                                             | 27-Número no CRO<br>14986                                              |                       | 20-Código CBO S                                  |                                            |
|                                                                       |                                             |                                                                        |                       | 24-UF<br>RS                                      |                                            |
|                                                                       |                                             |                                                                        |                       | 25-Código CNES                                   |                                            |
|                                                                       |                                             |                                                                        |                       | 28-UF<br>RS                                      |                                            |
|                                                                       |                                             |                                                                        |                       | 29-Código CBO S                                  |                                            |

Faturar Empresa

| 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     |                                 |        | 23/04/21              |                    | Odair         |
| 2         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

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

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 temporária para definitiva.

|                                                                      |                                                                          |                                                                                  |                                            |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado<br>23/04/21 | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável<br>23/04/21 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



510836

|                                                                |                                                              |                                                       |                       |                                       |                                       |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Lançamento na Guia<br>2/9/03/21                    | 4-Data de Autorização<br>01/04/21                     | 5-Senha<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>8431956 | 7-Data Validade da Senha<br>27/06/21  |
| Dados do Beneficiário                                          |                                                              | 8-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                        |                       | 10-Empresa<br>RIO JORDAO PAPEIS SA    | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /   |
| 6-Número da Carteira<br>00202527057900002101                   |                                                              | 13-Nome<br>NOACIR JOSE DOS SANTOS                     |                       | 14-Telefone<br>(54) 3278-6250         | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
| 15-Data Validade da Carteira<br>15/06/1974                     |                                                              | 15-Nome do titular do plano<br>NOACIR JOSE DOS SANTOS |                       |                                       |                                       |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                |                                                              |                                                       |                       |                                       |                                       |
| 16-Atendimento a RH<br>N                                       | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548                             | 19-UF<br>RS           | 20-Código CBO S<br>10                 | Faturar Empresa                       |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548                             | 24-UF<br>RS           | 25-Código CNES                        |                                       |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>RS                                           | 29-Código CBO S       |                                       |                                       |

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa e Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------------------|
| 1         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/04/21              | [Assinatura]                    |
| 2         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/04/21              | [Assinatura]                    |
| 3         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/04/21              | [Assinatura]                    |
| 4         | 0084000198                | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     |                                 | S      | 01/04/21              | [Assinatura]                    |
| 5         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 6         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 7         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 8         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 9         |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 10        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 11        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 12        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 13        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 14        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |
| 15        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                 |

|                                               |                                                                                                         |                                             |                                  |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Prevenção Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>140,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>01/04/21 Natalia Marocco de Souza | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente<br>01/04/21 [Assinatura] | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|



life

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-Nº



511019

|                                                                         |                                                          |                                                              |                                                        |                                      |                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Região ANS<br>406414                                                  | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/03/2011                  | 4-Data de Anulamento<br>/ /                                  | 5-Santa<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                       | 6-Número da Guia Principal<br>511019 | 7-Data Validade da Santa<br>27/06/2011 |
| Destino do Beneficiário<br>8-Número da Carteira<br>00202535536000000101 |                                                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /  | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde  |
| 13-Nome<br>KEREM CRISTIANE DE MELO                                      |                                                          | 14-Teléfono<br>12/11/1995                                    | 15-Nome do titular do plano<br>KEREM CRISTIANE DE MELO |                                      |                                        |
| Outros do Contratado Responsável pelo Tratamento                        |                                                          | 16-Número no CRO<br>21548                                    | 19-UF<br>RS                                            | 23-Código CBO S<br>10                |                                        |
| 18-Atendimento a RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE | 22-Número no CRO<br>21548                                    | 24-UF<br>RS                                            | 25-Código CNES                       |                                        |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CNP<br>08034442658                      |                                                          | 20-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 27-Número no CRO<br>21548                              | 28-UF<br>RS                          | 29-Código CBO S                        |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA          |                                                          |                                                              |                                                        |                                      |                                        |

| 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 da Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       |        | 34,00            | 0,00     |                                 | N      | 29/03/11              |                    | KOREM.        |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>29/03/11 Natalia M. Souza | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>29/03/11 Kerem C. de Melo | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



511014

|                                                                        |                                         |                              |                                                              |                                                        |                                        |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1-Registro ANB<br>406414                                               | 3-Data de Emissão da Guia<br>29/03/2016 | 4-Data de Autorização<br>/ / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                             | 6-Número da Guia Principal<br>511014                   | 7-Data Validade da Senha<br>27/06/2016 |
| 8-Dados do Beneficiário<br>8-Número da Carteira<br>0020253536000000103 |                                         |                              | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                               | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                   | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /    |
| 13-Nome<br>KAUA DE MELO ROSA                                           |                                         |                              | 14-Telefone<br>( ) -                                         | 15-Nome do titular do plano<br>KEREM CRISTIANE DE MELO |                                        |
| 12-Número do Centro Nacional de Saúde                                  |                                         |                              |                                                              |                                                        |                                        |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                               |                                         |                              |                                                              |                                                        |                                        |
| 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE               |                                         |                              |                                                              |                                                        |                                        |
| 21-Código da Operadora / CNPJ / CPF<br>08034442658                     |                                         |                              | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548                              | 24-UF<br>RS                            |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA         |                                         |                              | 26-Número no CRO<br>21548                                    | 27-UF<br>RS                                            | 28-Código CBO S<br>10                  |

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut. | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       |        | 34,00            | 0,00     |                                 | N       | 29.03.16              |                   | keremc        |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |

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

29.03.16 Natali M. Souza

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

29.03.16 kerem c. de melo

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /



Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



511016

|                                                                |                                        |                                |                                                              |                                                        |                                       |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                       | 3-Data de Emissão da Guia<br>2/9/03/21 | 4-Data de Autorização<br>/ / / | 5-Senha<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                             | 6-Número da Guia Principal<br>511016                   | 7-Data Validade da Senha<br>2/7/06/21 |
| Dados do Beneficiário                                          |                                        |                                | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde                        |                                                        |                                       |
| 8-Número da Carteira<br>0020253553600000102                    |                                        | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ /                    |                                       |
| 13-Nome<br>MAXSUEL SOUZA ROSA                                  |                                        |                                | 14-Telefone<br>( ) -                                         | 15-Nome do titular do plano<br>KEREM CRISTIANE DE MELO |                                       |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |                                        |                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE     | 18-Número no CRO<br>21548                              | 19-UF<br>RS                           |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658              |                                        |                                | 22-Nome do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA | 23-Número no CRO<br>21548                              | 24-UF<br>RS                           |
| 25-Nome do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                        |                                | 27-Número no CRO<br>21548                                    | 28-UF<br>RS                                            | 29-Código CBO S                       |

## Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição          | 33-Dente/Rolito | 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      | 29/03/21              |                    | Maxsuel       |
| 2-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 3-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 4-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 5-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 6-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 7-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 8-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 9-        |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 10-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 11-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 12-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 13-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 14-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |
| 15-       |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |               |

|                                               |                                                                                                            |                                             |                                 |                            |                                         |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|-----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>/ / | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>34,00 | 47-Valor Total R\$<br>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<br>/ / | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>29/03/21 Natalia Marocco de Souza | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>29/03/21 Maxsuel | 53-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ / |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|

Life

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508640

|                                                                                |                                          |                                                                  |                                                              |                                       |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                       | 2-Data de Emissão da Guia<br>(2/5/03/21) | 3-Data de Autorização<br>/ / /                                   | 4-Sentença<br>PENDENTE DE LIBERAÇÃO                          | 5-Número da Guia Principal<br>508640  | 6-Data Validade da Sentença<br>(2/3/06/21) |
| 7-Dados do Beneficiário<br>8-Número da Carteira<br>00202535072800000102        |                                          | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                   | 10-Empresa<br>DENTAL UNI COOPERATIVA                         | 11-Data Validade da Carteira<br>/ / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde      |
| 13-Nome<br>JOCELIA MOURA RODRIGUES                                             |                                          | 14-Telefone<br>03/05/1974<br>( ) - - - - -                       | 15-Nome do titular do plano<br>GERSON LUIS POLIDORIO         |                                       |                                            |
| 16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento<br>16-Endereço a RN<br>N |                                          |                                                                  | 17-Endereço do Profissional Solicitante<br>CLINICA CANELENSE |                                       |                                            |
| 18-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0803442658                              |                                          | 19-Endereço do Contratado Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA |                                                              | 20-UF<br>RS                           | 21-Código CBO S<br>10                      |
| 22-Endereço do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA             |                                          | 23-Número no CRO<br>21548                                        |                                                              | 24-UF<br>RS                           | 25-Código CNES                             |
| 26-Endereço do Profissional Executante<br>NATALIA MAROCCO DE SOUZA             |                                          | 27-Número no CRO<br>21548                                        |                                                              | 28-UF<br>RS                           | 29-Código CBO S                            |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela                                | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição                                                                                               | 33-Dente/Raiz | 34-Face                                     | 35-Qtd | 36-Quantidade US                | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização                   | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------|--------|---------------------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------------------------|--------------------|---------------|
| 1                                        | 0081000030                | CONSULTA ODONTOLÓGICA                                                                                      |               |                                             | 1      | 34,00                           | 0,00     |                                 | N      | 25/03/21                                |                    | Joelia        |
| 2                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 3                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 4                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 5                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 6                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 7                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 8                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 9                                        |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 10                                       |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 11                                       |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 12                                       |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 13                                       |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 14                                       |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 15                                       |                           |                                                                                                            |               |                                             |        |                                 |          |                                 |        |                                         |                    |               |
| 43-Código Previsto / Termo de Tratamento |                           | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência |               | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial |        | 46-Total Quantidade US<br>34,00 |          | 47-Valor Total R\$<br>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 os procedimentos(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|                                                                |                                                                                      |                                                                                         |                                                 |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 49-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável<br>/ / / | 50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante<br>25/03/21 Natália de Souza | 51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável<br>25/03/21 Joelia M. Rodrigues | 52-Data, local e Assinatura da Empresa<br>/ / / |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|