OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: MAIO/2020

Razão Social: ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA

CNPJ: 28878051000130 ( ADYANA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA )

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 73956/SP Cirurgião Dentista: (15604) - DANIELA FERNANDES DE BARROS

| Guia | Nome | Não Paga | Dt. Guia | USOs Atos | Vlr USO Coop. | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 277815 - I | DANIEL BATISTA DOS SANTOS (00202510550601616002 ) | | 27/01/2020 | 603 | 0.4 | R$ 241,20 |
| 289481 - I | GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102 ) | | 17/02/2020 | 34 | 0.4 | R$ 13,60 |
| 289501 - I | GENIEL FELIX ESTEVAM (00202510550600417102 ) | | 17/02/2020 | 140 | 0.4 | R$ 56,00 |
| 267490 - I | GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501 ) | | 08/01/2020 | 61 | 0.4 | R$ 24,40 |
| 267496 - I | GILMARA ALVES DA SILVA (00202510550601298501 ) | | 08/01/2020 | 61 | 0.4 | R$ 24,40 |
| 293626 - I | HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704 ) | | 28/02/2020 | 34 | 0.4 | R$ 13,60 |
| 293632 - I | HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES (00202510550601253704 ) | | 28/02/2020 | 140 | 0.4 | R$ 56,00 |
| 297122 - I | JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS (00202527370600000101 ) | | 06/03/2020 | 122 | 0.4 | R$ 48,80 |
| 289475 - I | LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101 ) | | 17/02/2020 | 34 | 0.4 | R$ 13,60 |
| 289495 - I | LUCIENE DA SILVA (00202510550600417101 ) | | 17/02/2020 | 140 | 0.4 | R$ 56,00 |
| 297099 - I | MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601 ) | | 06/03/2020 | 34 | 0.4 | R$ 13,60 |
| 297113 - I | MARA LUCIA LEITE CRAVO (00202510550601805601 ) | | 06/03/2020 | 140 | 0.4 | R$ 56,00 |
| 244028 - I | RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702 ) | | 04/11/2019 | 34 | 0.4 | R$ 13,60 |
| 297205 - I | RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES (00202510550600793702 ) | | 06/03/2020 | 122 | 0.4 | R$ 48,80 |
| 300953 - I | SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701 ) | | 13/03/2020 | 34 | 0.4 | R$ 13,60 |
| 300985 - I | SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701 ) | | 13/03/2020 | 140 | 0.4 | R$ 56,00 |
| 300987 - I | SUZANA URBAN GOMES ARAUJO (00202510550600862701 ) | | 13/03/2020 | 61 | 0.4 | R$ 24,40 |

Totalizador

| | |
|---|---|
| N° de USOs: | 1934 |
| N° de atendimentos: | 17 |
| Valor: | R$ 773,60 |

Totalizador da Operadora

| | |
|---|---|
| N° de USOs: | 1934 |
| N° de atendimentos: | 17 |
| Valor: | R$ 773,60 |

Totalizador da Clínica

| | |
|---|---|
| N° de USOs: | 1934 |
| N° de atendimentos: | 17 |
| Valor: | R$ 773,60 |

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

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

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 289495

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 17/02/20 | 06/03/20 | AUTORIZADO | 7416383 | 17/05/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00202510550604017101 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| LUCIENE DA SILVA 07/01/1972 | (11) 3853-7309 | LUCIENE DA SILVA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | Luciene |
| 2 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | Luciene |
| 3 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | Luciene |
| 4 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | Luciene |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 140,00 | 0,00 | |

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 06/03/20 Barros | 06/03/20 Barros | 06/03/20 Luciene da Silva | 06/03/20 Dra. Daniela Fernandes de Barros Cirurgiã-dentista CROSP 73956 |

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 289475

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 17/02/20 | 06/03/20 | AUTORIZADO | 7416281 | 17/05/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00205105506041710 1 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| LUCIENE DA SILVA 07/01/1972 | (11) 3853-7309 | LUCIENE DA SILVA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 81006065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 17/02/20 | | Luciene |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 17/02/20 Barros | 17/02/20 Barros | 17/02/20 Luciene de Nóbrega | 17/02/20 Dra. Daniela Fernandes de Barros Cirurgiã-dentista CROSP 73956 |

Odontolife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 293632

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 28/02/20 | 06/03/20 | AUTORIZADO | 7439601 | 28/05/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00205106055061253704 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES 28/11/1959 | ( ) - | MATHEUS DE MATOS SOARES |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 00 | 84001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 28/02/20 | | |
| 2 | 00 | 84001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 28/02/20 | | |
| 3 | 00 | 84001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 28/02/20 | | |
| 4 | 00 | 84001198 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 28/02/20 | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 140,00 | 0,00 | |

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 28/02/20 | 28/02/20 | 28/02/20 | 28/02/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 293626

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 28/02/20 | 06/03/20 | AUTORIZADO | 7439545 | 28/05/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0202510550601253704 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| HAROLDO JOSE DE OLIVEIRA SOARES 28/11/1959 | ( ) - | MATHEUS DE MATOS SOARES |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 9294823563634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 81000065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 06/03/20 Barros | 06/03/20 Barros | 06/03/20 | 06/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 277815

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 27/01/20
4-Data de Autorização: 03/02/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7352719
7-Data Validade da Senha: 26/04/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025105506016160 02
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: DANIEL BATISTA DOS SANTOS 23/09/1967
14-Telefone: ( ) 3916-9116
15-Nome do titular do plano: LUCIENE CABRAL DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: DANIELA FERNANDES DE BARROS
18-Número no CRO: 73956
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 92948235634
22-Nome do Contratado Executante: DANIELA FERNANDES DE BARROS
23-Número no CRO: 73956
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: DANIELA FERNANDES DE BARROS
27-Número no CRO: 73956
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100200
(I) 85100218

Plano do Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 13 | V | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 07/02/20 | | x |
| 2- | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 15 | V | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 07/02/20 | | x |
| 3- | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 36 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 14/02/20 | | x |
| 4- | 00 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 35 | OD | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 14/02/20 | | x |
| 5- | 00 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 37 | OL | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 09/03/20 | | x |
| 6- | 00 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 | MOV | 1 | 122,00 | 0,00 | | S | 28/02/20 | | x |
| 7- | 00 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 27 | ODP | 1 | 122,00 | 0,00 | | S | 28/02/20 | | x |
| 8- | | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 603,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 09/03/20 Barros
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/03/20 Barros
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/03/20 x
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 09/03/20

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 289481

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 17/02/20 | 06/03/20 | AUTORIZADO | 7416297 | 17/05/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00202510550604171 02 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| GENIEL FELIX ESTEVAM 22/07/1966 | (11) 3853-7309 | LUCIENE DA SILVA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

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 - | | 00810065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 17/02/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 17/02/20 | 17/02/20 | 17/02/20 | 17/02/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 289501

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 17/02/20 | 06/03/20 | AUTORIZADO | 7416437 | 17/05/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00202510550604017102 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| GENIEL FELIX ESTEVAM 22/07/1966 | (11) 3853-7309 | LUCIENE DA SILVA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | 00 | 84001918 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | |
| 2- | 00 | 84001918 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | |
| 3- | 00 | 84001918 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | |
| 4- | 00 | 84001918 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | |
| 5- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 140,00 | 0,00 | |

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 06/03/20 Barros | 06/03/20 Barros | 06/03/20 | 06/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 267490
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 08/01/20 | 10/01/20 | AUTORIZADO | 7300863 | 07/04/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00251051506012985101 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| GILMARA ALVES DA SILVA 10/06/1973 | (12) 3974-3222 | GILMARA ALVES DA SILVA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 35 | V | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 09/03/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 09/03/20 | 09/03/20 | 09/03/20 | 09/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 267496

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 08/01/20 | 10/02/20 | AUTORIZADO | 7300865 | 07/04/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00205105506012985 01 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| GILMARA ALVES DA SILVA 10/06/1973 | (12) 3974-3222 | GILMARA ALVES DA SILVA |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 12 | V | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 09/03/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 09/03/20 | 09/03/20 | 09/03/20 x | 09/03/20 Dra. Daniela Fernandes de Barros Cirurgiã-dentista CROSP 73956 |

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 297122

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 06/03/20 | 20/03/20 | AUTORIZADO | 7458068 | 04/06/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00202527370600000101 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS 20/05/1991 | ( ) - | JOSIANE GONCALVES DOS SANTOS |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | 00 | 8510019 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 18 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | Josiane G. |
| 2- | 00 | 8510019 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 48 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | Josiane G. |
| 3- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9- | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 20/03/20 Barros | 20/03/20 Barros | 20/03/20 Josiane G. | 20/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 297099

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 06/03/20 | 13/03/20 | AUTORIZADO | 7457896 | 04/06/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00205105060180561 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| MARA LUCIA LEITE CRAVO 26/12/1964 | ( ) - | MARA LUCIA LEITE CRAVO |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 81006 5 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 06/03/20 | | x Mara |
| 2 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 06/03/20 Barros | 06/03/20 Barros | 06/03/20 x Mara Cravo | 06/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 297113

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 06/03/20 | 13/03/20 | AUTORIZADO | 7457968 | 04/06/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 002025105506018056 01 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| MARA LUCIA LEITE CRAVO 26/12/1964 | ( ) - | MARA LUCIA LEITE CRAVO |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 13/03/20 | | xMara |
| 2 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 13/03/20 | | xMara |
| 3 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 13/03/20 | | xMara |
| 4 - | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 13/03/20 | | xMara |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 140,00 | 0,00 | |

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 13/03/20 Barros | 13/03/20 Barros | 13/03/20 xMara Cravo | 13/03/20 Dra. Daniela Fernandes de Barros Cirurgiã-dentista CROSP 73956 |

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 297205
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 06/03/20
4-Data de Autorização: 13/03/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7459060
7-Data Validade da Senha: 04/06/20

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 7 9 3 7 0 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RUDINEIA LORENZONI RODRIGUES 29/08/1965
14-Telefone: (12) 9177-3663
15-Nome do titular do plano: KATHERINE LORENZONI RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: DANIELA FERNANDES DE BARROS
18-Número no CRO: 73956
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 9 2 9 4 8 2 3 5 6 3 4
22-Nome do Contratado Executante: DANIELA FERNANDES DE BARROS
23-Número no CRO: 73956
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: DANIELA FERNANDES DE BARROS
27-Número no CRO: 73956
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

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 - | | 00851002266 | RESTAURAÇÃO RESINA | 25 | VOMP | 1 | 122,00 | 0,00 | | S | 13/03/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/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: 13/03/20 Barros
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/03/20 Barros
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/03/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 13/03/20

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 300953

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 13/03/20 | 20/03/20 | AUTORIZADO | 7479732 | 11/06/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00202510550608627 01 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| SUZANA URBAN GOMES ARAUJO 22/07/1973 | ( ) - | SUZANA URBAN GOMES ARAUJO |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 81000065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 13/03/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 20/03/20 | 20/03/20 | 20/03/20 | 20/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 300985

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 13/03/20 | 20/03/20 | AUTORIZADO | 7479881 | 11/06/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0020251050600862701 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| SUZANA URBAN GOMES ARAUJO 22/07/1973 | ( ) - | SUZANA URBAN GOMES ARAUJO |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | |
| 2 | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | |
| 3 | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | |
| 4 | 00 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 35,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | |
| 5 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

| 43-Data Previsão Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 140,00 | 0,00 | |

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 20/03/20 | 20/03/20 | 20/03/20 | 20/03/20 Dra. Daniela Fernandes de Barros Cirurgiã-dentista CROSP 73956 |

Odontolife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 300987

INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 406414 | 13/03/20 | 20/03/20 | AUTORIZADO | 7479898 | 11/06/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00205105506086271 | POS REDE PRESTADORA | INSTITUTO DE ASSISTENCIA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| SUZANA URBAN GOMES ARAUJO 22/07/1973 | ( ) - | SUZANA URBAN GOMES ARAUJO |

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 92948235634 | DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| DANIELA FERNANDES DE BARROS | 73956 | SP | |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 47 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 20/03/20 | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 4 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 5 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | | / / | | |

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

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

49-Observação

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 20/03/20 | 20/03/20 | 20/03/20 | 20/03/20 |

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

# GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 304773

Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuido pela: 304773

dos do Contratado

Código na Operadora: 2887805100013 0

7 - Nome do Contratado: 73956/SP - DANIELA FERNANDES DE BARROS

dos do Recurso do Protocolo

Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

dos do Recurso da Guia

- Número da Guia no Prestador: 284724

14 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora: 284724

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202527370600000102 - RAFALMER RAFAI SILVA

- Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

dos dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
22 - Face
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glos

| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07/02/2020 | 16 | V | 01 | 94 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 131 |
| 2440 | data da realização: 17/02/2020 | | | | | | |
| 000 | | | | | | | |
| 07/02/2020 | 14 | V | 01 | 94 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 131 |
| 2440 | data da realização: 17/02/2020 | | | | | | |
| 000 | | | | | | | |

2 - Valor Total Recursado (R$): 4880

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

1 - Data do Recurso: 17/02/2020

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

# GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 304772

Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela: 304772

Dados do Contratado

Código na Operadora: 8878051000130

7 - Nome do Contratado: 73956/SP - DANIELA FERNANDES DE BARROS

Dados do Recurso do Protocolo

Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Numero da Guia no Prestador: 284723

14 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora: 284723

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202527370600000102 - RAFALMER RAFAI SILVA

19 -

17 - Codigo da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado
21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora
22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glosa

| 20 | 28 | 30 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 07/02/2020 | 140,00 | 0,00 | 013 | | 01 | 94 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | 131 |
| 07/02/2020 | 140,00 | 0,00 | 014 | | 01 | 94 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | 131 |
| 07/02/2020 | 140,00 | 0,00 | 012 | | 01 | 94 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | 131 |
| 07/02/2020 | 140,00 | 0,00 | 011 | | 01 | 94 | 84001998 | PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO | 131 |

data da realização: 17/02/2020

32 - Valor Total Recursado (R$): 560,00

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

Dra. Daniela Fernandes de Barros
Cirurgiã-dentista
CROSP 73956

34 - Data do Recurso: 17/02/2020

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora