

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M



573925

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 04/06/21		4-Data de Autorização 04/06/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8663932		7-Data Validade da Senha 02/09/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202527057900003901											
13-Nome JULIANO RAMA DOMINGOS				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
15-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA				14-Telefone 15/09/1984 () - - - - -		15-Nome do titular do plano JULIANO RAMA DOMINGOS	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93664761715				18-Número no CRO 14986				19-UF RS		20-Código CBO S	
22-Nome do Contratado Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA				23-Número no CRO 14986				24-UF RS		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA				27-Número no CRO 14986				28-UF RS		29-Código CBO S	
Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421-RPID (IF) 85200166-45											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/06/21	Juliano
2	00810000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	04/06/21	Juliano
3	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	258,00	0,00		S	04/06/21	Juliano
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento / /											
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 306,00											
47-Valor Total R\$ 0,00											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/21											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/21											
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /											

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-19*



573978

1-Região ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8664052	7-Data Validade da Senha 02/09/21
8-Endereço do Beneficiário					
9-Número do Cartão 00202527057900004101		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	12-Data Validade da Carteira	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome INACIO ELTO RODRIGUES		15-Data de Nascimento 28/07/1967	16-Telefone () - - - - -	17-Nome do titular do plano INACIO ELTO RODRIGUES	
18-Atendimento a 30% N					
19-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		20-Número no CRO 14986	21-UF RS	22-Código CBO 3	
23-Código no Conselho / CNP / CPT 03664761715		24-Nome do Contratado Exercente RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	25-Número no CRO 14986	26-UF RS	27-Código CNES
28-Nome do Profissional Exercente RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		29-Número no CRO 14986	30-UF RS	31-Código CBO 3	
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Odontológicos					
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-0081000421		RX PERIAPICAL	RIS		1
3-0085200166		TRATAMENTO ENDODONTICO	11		1
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
16-					
17-					
18-					
19-					
20-					
21-					
22-					
23-					
24-					
25-					
26-					
27-					
28-					
29-					
30-					
31-					
32-					
33-					
34-					
35-					
36-					
37-					
38-					
39-					
40-					
41-					
42-					
43-					
44-					
45-					
46-					
47-					
48-					
49-					
50-					
51-					
52-					
53-					
54-					
55-					
56-					
57-					
58-					
59-					
60-					
61-					
62-					
63-					
64-					
65-					
66-					
67-					
68-					
69-					
70-					
71-					
72-					
73-					
74-					
75-					
76-					
77-					
78-					
79-					
80-					
81-					
82-					
83-					
84-					
85-					
86-					
87-					
88-					
89-					
90-					
91-					
92-					
93-					
94-					
95-					
96-					
97-					
98-					
99-					
100-					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



600325

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/10/2011		4-Data de Autorização 29/10/2011		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8750659		7-Data Validade da Senha 26/09/2011		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900007003												
13-Nome MARIA LUIZA DOS SANTOS REIS												
9-Plano POS REDE PRESTADORA												
10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA												
11-Data Validade da Carteira / /												
12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
14-Telefone 08/04/2001												
15-Nome do titular do plano JOSE RICARDO DOS SANTOS REIS												
16-Atendimento a RN N												
17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE												
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658												
22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA												
23-Número no CRO 21548												
24-UF RS												
25-Código CNES												
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA												
27-Número no CRO 21548												
28-UF RS												
29-Código CBO S												
Faturar Empresa												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	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			29/06/21		MR
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			29/06/21		MR
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			29/06/21		MR
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			29/06/21		MR
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			29/06/21		MR
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento / /												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 174,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que 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 25/06/21 Natalia Marocco de Souza												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/ 25/06/21 Natalia Marocco de Souza												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/06/21 Maria Luiza dos Santos Reis												
53-Data, local e Carimbo da Empresa												

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

600178

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/06/21	4-Data de Autorização 28/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8750111	7-Data Validade da Senha 28/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 002025367550000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome REBECA GUIMARAES DE ALENCAR MARANHÃO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WALDENIA GUIMARAES ROCHA MARANHÃO	

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

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Rolado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clima	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional-Dentista 28/06/21, Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/21, Rebeca Maranhão	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



600097

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/06/2012	4-Data de Autorização 28/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8749823	7-Data Validade da Senha 28/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536755500000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVI LUCAS GUIMARAES LOPES MARANHÃO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WALDENIA GUIMARAES ROCHA MARANHÃO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
5-	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85		1	73,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
6-	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00	0,00		S	28/06/21		Rebeca Maranhão
7-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	01/07/21		Rebeca Maranhão
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 462,00	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 de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/06/21 Natália Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/21 Rebeca Maranhão	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-HP

587892

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 17/06/21		4-Data de Autorização 17/06/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8709888		7-Data Validade da Senha 15/09/21		
8-Número da Carteira 00202527057900001702						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validade da Carteira / /		
12-Número do Cartão Nacional de Saúde						13-Nome JULIANA FERREIRA MACHADO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ALVARO AFONSO MACHADO		
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548		19-UF RS		
20-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 24/03/1998						21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 0803442658		22-Número no CRO 21548		23-Código CBO S 10		
24-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA						25-Número no CRO 21548		26-UF RS		27-Código CBO S 10		
28-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA						29-Número no CRO 21548		30-UF RS		31-Código CBO S 10		
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						33-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
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			17/06/21		Juliano F. Machado
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			17/06/21		Juliano F. Machado
3-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	11	VD	1	88,00	0,00			22/06/21		Juliano F. Machado
4-0082000875		EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			22/06/21		Juliano F. Machado
5-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			22/06/21		Juliano F. Machado
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 344,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação (R\$)		

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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
17/06/21 NATALIA MAROCCO DE SOUZA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/06/21 JULIANO F. MACHADO

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



585874

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/2011	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 585874	7-Data Validade da Senha 14/09/2011
8-Número da Carteira 00202527057900007002			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARIA CLARA DOS SANTOS REIS			14-Telefone 21/06/2008	15-Nome do titular do plano JOSE RICARDO DOS SANTOS REIS	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			27-Número no CRO 21548	28-UF RS	26-Código CBO S 10
29-Código CNES			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	16/06/2011		Maria Clara dos Santos Reis
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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/06/2011 Natali M. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/2011 Maria Clara dos Santos Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1P



583594

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 14/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8695609	7-Data Validade da Senha 12/09/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900014801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome RAPHAEL STEFANO LELLI FERREIRA					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano RAPHAEL STEFANO LELLI FERREIRA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faco	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			14/06/21		Raphael
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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

580415

1-Registro ANS 406414	3-Data de Limite da Guia 10/10/2016	4-Data de Autorização 11/10/2016	5-Sinthe AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8685266	7-Data Validade da Sinthe 08/09/2017
8-Número de Cartões 00202527057900001403			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome NEUZA DE FATIMA DA SILVA		
14-Telefone 29/10/1971			15-Nome do titular do plano MARCIO CRUZ DA SILVA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código de Operadora / CNPJ / CPT 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão (2-urgência)
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	21/09/21	1-Boa
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	18/06/21	1-Sem
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/05/21	1-Sem
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/05/21	1-Sem
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	29/06/21	1-Sem
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/06/21	1-Sem
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prescrição / 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 274,00	47-Valor Total R\$ 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		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
53-Data, local e Carteira da Empresa		54-Data, local e Carteira da Empresa			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



573592

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663080	7-Data Validade da Senha 02/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527057900007502		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HENRIQUE SILVA POKOMAIER		14-Telefone 31/10/2007 () -	15-Nome do titular do plano ADENILSON OLIVEIRA POKOMAIER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/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		S	04/06/21		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/06/21		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/06/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/06/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/06/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/2021 M. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/2021 J. Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



575453

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/06/21	4-Data de Autorização 07/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8668204	7-Data Validade da Senha 05/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900007504	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ANDREIA DOS SANTOS SILVA	14-Telefone 08/11/1980	15-Nome do titular do plano ADENILSON OLIVEIRA POKOMAJER		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/06/21		
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00		S	09/06/21		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/06/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/06/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/06/21		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/06/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 247,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 de Cirurgião-Dentista Solicitante

/ /

51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

07/06/21 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

07/06/21 Adenilson Oliveira Pokomajer

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



573640

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/21	4-Data de Autorização 04/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663216	7-Data Validação da Senha 02/09/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020252705790002603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validada da Carteira / /	
13-Nome GISLAINE BONETTO		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano ANDRE BACKES	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

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	04/06/21		Gislaine
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/06/21		Gislaine
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/06/21		Gislaine
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/06/21		Gislaine
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 140,00	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, 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 04/06/21 - Natalia P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/21 - Gislaine Bonetto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



573633

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/06/2017	4-Data de Autorização 04/06/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8663208	7-Data Validade da Senha 02/09/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900002602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ARTHUR BONETTO BACKES		14-Telefone 15/02/2017	15-Nome do titular do plano ANDRE BACKES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	OV	1	88,00	0,00		S	04/06/2017		Gisela
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	04/06/2017		Gisela
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 160,00	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 de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/06/2017 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/06/2017 Andre Backes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



575167

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/06/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 575167	7-Data Validade da Senha 05/09/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252705790001403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NEUZA DE FATIMA DA SILVA		14-Telefone 29/10/1971 () -	15-Nome do titular do plano MARCIO CRUZ DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	07/06/21		Amg
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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 07/06/21 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/06/21 Marcio Cruz da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



599991

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/06/21	4-Data de Autorização 28/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8749390	7-Data Validade da Senha 26/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900007301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ROMARIO FERNANDO DA SILVA VELHO		14-Telefone 21/07/1990	15-Nome do titular do plano ROMARIO FERNANDO DA SILVA VELHO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/06/21		Romário
2	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	28/06/21		Romário
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	25/06/21		Romário
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	30/06/21		Romário
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	30/06/21		Romário
6	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	30/06/21		Romário
7	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	30/06/21		Romário
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 308,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/06/21 Natália M. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/21 Romário	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



588177

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/06/21	4-Data de Autorização 28/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8710873	7-Data Validade da Senha 15/09/21
Dados do Beneficiário					
8-Número do Cartão 00202527057900003901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JULIANO RAMA DOMINGOS		14-Telefone 15/09/1984	15-Nome do titular do plano JULIANO RAMA DOMINGOS		
Dados do Contratado: Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a TQ N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S		

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 Omissão	42-Assinatura
1	00950	RESTAURAÇÃO RETIDA A PINO	45		1	95,00	0,00		S	28/06/21		giano
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 95,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia e Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirme 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), foram realizados 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 Grupo/Coordenador Solicitante / /	50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/06/21 giano	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / /
---	---	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



591033

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/06/21	4-Data de Autorização 25/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8722890	7-Data Validade da Senha 19/09/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527057900014801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome RAPHAEL STEFANO LELLI FERREIRA		14-Telefone 13/11/1990	15-Nome do titular do plano RAPHAEL STEFANO LELLI FERREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	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	17	O	1	6,10	0,00		S	25/06/21		RAPHAEL
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	24	OP	1	8,80	0,00		S	25/06/21		RAPHAEL
3-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8,80	0,00		S	25/06/21		RAPHAEL
4-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6,10	0,00		S	26/06/21		RAPHAEL
5-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,10	0,00		S	26/06/21		RAPHAEL
6-0082000859		EXODONTIA DE RAIZ	18		1	7,30	0,00		S	28/06/21		RAPHAEL
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	6,10	0,00		S	29/06/21		RAPHAEL
8-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6,10	0,00		S	29/06/21		RAPHAEL
9-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50	0,00		S	01/07/21		RAPHAEL
10-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50	0,00		S	01/07/21		RAPHAEL
11-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50	0,00		S	01/07/21		RAPHAEL
12-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50	0,00		S	01/07/21		RAPHAEL
13-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO										
14-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO										
15-00844000198		PROFILAXIA: POLIMENTO										
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 694,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/21 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/21 RAPHAEL	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



561929

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização 25/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8623238	7-Data Validade da Senha 22/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790003603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAQUEL WUNDER PINHEIRO		14-Telefone 14/03/1984	15-Nome do titular do plano CARLOS ALEXANDRE FLECK		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	(I) 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	36	OV	1	88,00	0,00		S	25/06/21		Roque
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	L	1	61,00	0,00		S	25/06/21		Roque
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	26/06/21		Roque
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OV	1	88,00	0,00		S	26/06/21		Roque
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	M	1	61,00	0,00		S	26/06/21		Roque
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OL	1	88,00	0,00		S	26/06/21		Roque
7	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S	28/06/21		Roque
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/07/21		Roque
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/07/21		Roque
10	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/07/21		Roque
11	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	01/07/21		Roque
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 660,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/06/21 Natalia M. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/06/21 Roque Pinheiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3x4



583557

1-Registro SBC 400414	2-Data de Emissão da Guia 14/06/2011	3-Data de Autorização 24/06/2011	4-Sinistro AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8695519	6-Data validade da Guia 12/09/2011
7-Endereço do Beneficiário RUA RAFAEL BRUNO FEIER GASPARIN			8-Endereço do Prestador RIO JORDAO PAPEIS SA	9-Data validade da Carteira 11/11/11	10-Número da Carteira Nacional de Saúde
11-Endereço do Profissional Exercente CLINICA CANELENSE			12-Endereço do Profissional Exercente NATALIA MAROCCO DE SOUZA	13-Data validade da Carteira 23/12/1994	14-Número da Carteira Nacional de Saúde
15-Endereço do Profissional Exercente NATALIA MAROCCO DE SOUZA			16-Endereço do Profissional Exercente NATALIA MAROCCO DE SOUZA	17-Data validade da Carteira 23/12/1994	18-Número da Carteira Nacional de Saúde
19-Endereço do Profissional Exercente NATALIA MAROCCO DE SOUZA			20-Endereço do Profissional Exercente NATALIA MAROCCO DE SOUZA	21-Data validade da Carteira 23/12/1994	22-Número da Carteira Nacional de Saúde

33-Endereço	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Quantidade	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Endereço do Profissional Exercente
0085100196	36	RESTAURAÇÃO RESINA	01	61,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0085100196	37	RESTAURAÇÃO RESINA	01	61,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0085100196	27	RESTAURAÇÃO RESINA	01	61,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0085100196	17	RESTAURAÇÃO RESINA	01	61,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0085100200	26	RESTAURAÇÃO RESINA	01	88,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0085100200	47	RESTAURAÇÃO RESINA	01	88,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0082000875	18	EXODONTIA SIMPLES DE	01	73,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0082000875	28	EXODONTIA SIMPLES DE	01	73,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0084000198	HASE	PROFILAXIA: POLIMENTO	01	35,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0084000198	HASD	PROFILAXIA: POLIMENTO	01	35,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0084000198	HAIID	PROFILAXIA: POLIMENTO	01	35,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael
0084000198	HAIIE	PROFILAXIA: POLIMENTO	01	35,00	0,00	S	24/06/2011	Rafael

Declaro, que este foi emitido devidamente conforme os procedimentos, regras, custos e abrangência de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizado a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional exerceente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que não apresentarei, durante o prazo de validade, qualquer reclamação ou recurso em relação ao tratamento realizado, sob pena de anulação do mesmo. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, sua remuneração devida, de acordo com o valor estabelecido no contrato. Comprometo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

42-Tipo de Faturamento 1-Taxa de Faturamento	43-Tipo de Faturamento 1-Taxa de Faturamento	44-Taxa de Faturamento 1-Taxa de Faturamento	45-Taxa de Faturamento 1-Taxa de Faturamento	46-Taxa de Faturamento 1-Taxa de Faturamento	47-Taxa de Faturamento 1-Taxa de Faturamento
---	---	---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



597212

1-Região: 002	2-Dados de Censidade do Cito	3-Cidade de Nascimento	4-Sexo	5-Nome do Cito Principal	7-Data Validada de Sexo
60008 14	12/4/11/06/1/2/1	12/4/11/06/1/2/1	AUTORIZADO	8740276	12/2/11/09/1/2/1

10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Cota Validade da Carteira _ _ / _ _ / _ _		12-Número de Cartão Nacional de Saúde _ _ _ _ _	
13-Nome do titular do plano JULIA MARIANHA DOS SANTOS		14-Data de emissão 23/08/2013		15-Nome do titular do plano ISRAELE GUIMARAES DE ALENCAR MARIANHA	

Nome do Contribuinte Responsável pelo Tratamento				
12-Identificação e Tipo	13-Nome do Profissional Substituto	18-Número na CRO	19-LUF	25-Código CRO B
N	CLINICA CANELENSE	21548	RS	10
Faturar Empresa				
21-Código de Operações - CRO - CRO	22-Nome do Contribuinte Exonerado	23-Número na CRO	24-LUF	25-Código CRO B
0,0,0,0,4,4,4,2,6,5,8, , ,	NATALIA MAROCCO DE SOUZA	21548	RS	
26-Nome do Profissional Substituto		27-Número na CRO	28-LUF	29-Código CRO B
NATALIA MAROCCO DE SOUZA		21548	RS	

[illegible]

13-Quantidade Total de Tabelas	14-Tipo de Tabelamento	15-Total Quantidade US	16-Valor Total US	17-Total Transp. e Interdependência US
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

Declaramos que todos os atos documentados referentes a este processo, desde a solicitação, desde a abertura e o andamento do tratamento, conforme forma apresentada, estão e estarão à disposição de qualquer profissional habilitado a cumprir as orientações do profissional assistente e de acordo com as regras previstas em contrato. Declaramos ainda que não procedemos a qualquer alteração, ou por não autorizados, qualquer modificação, ou não consideramos e de forma satisfatória. Autoriza o Operadora a pagar em nome dela a qualquer conta, ao profissional contratado que assina esse documento, ou qualquer referência ao tratamento realizado, exclusivamente e não está em qualquer forma prevista em contrato.

[illegible]

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



597204

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/2016	4-Data de Autorização 24/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8740273	7-Data Validade da Senha 22/09/2016
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536539500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EVANDRO AUGUSTO MARANHÃO PINHEIRO DOS SA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ISRAELE GUIMARAES DE ALENCAR MARANHÃO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CIP 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolado	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			24/06/2016		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/2016 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/2016 Israel Guimaraes de Alencar Maranhão	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Z-Nº



597173

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/21	4-Data de Autorização 24/06/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8740181	7-Data Validade da Senha 22/09/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202536755500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ISRAEL LUCAS MARTINS DE CARVALHO MARANHA	14-Telefone 24/08/2007	15-Nome do titular do plano WALDENIA GUIMARAES ROCHA MARANHÃO
---	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/21		Rebeca Maranhão
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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/21 Natalia M. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/21 Rebeca Maranhão	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



597165

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/06/2012	4-Data de Autorização 24/06/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8740136	7-Data Validade da Senha 22/09/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202536755500000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVI LUCAS GUIMARAES LOPES MARANHÃO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WALDENIA GUIMARAES ROCHA MARANHÃO		
17/04/2012					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código no Operatório / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/06/2012		Waldenias Rocha Maranhão
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
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-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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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