OdontoLife — tranquilidade para você sorrir

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 671461

Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	671461

Dados do Contratado

Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
28506060001102	11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

Dados do Recurso do Protocolo

Número do Lote	9 - Numero do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
98357	598357	AUTORIZADO	00202538267400000101 - FABIO DE JESUS CARVALHO

Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
	Imagem anexada	

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa
25/06/2021 / 2440 / 0000	23	V	01	94	85101019-6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE Imagem anexada	3017
25/06/2021 / 4880 / 0000	21	V,I,D	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES Imagem anexada	3040

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
7319	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
05/07/2021	Dr. Régis A. C. Melo Cirurgião Dentista Prótese Bucal e Estética CRO DF 11442		

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 671462

Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	6714621

Dados do Contratado

Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
2850600600010102	11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

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

Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário	17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
98362	598362	AUTORIZADO	00202538267400000101 - FABIO DE JESUS CARVALHO		Imagem anexada	

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa	29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora
25/06/2021 24,40 00,00	44	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017	Imagem anexada
25/06/2021 24,40 00,00	45	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017	Imagem anexada

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)	34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Cirurgião Dentista	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
48,80	00,00	07/07/2021	Dr. Regis Alexandre da Cunha Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO DF 11442		

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 671460

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	6714600

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
28506060001012	11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário	17 - Código da Glosa da Guia
98348	598348	AUTORIZADO	00202538267400000101 - FABIO DE JESUS CARVALHO	

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia): Seguem fotos iniciais do paciente

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa
25/06/2021 / 240,00 / 0,00	15	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017
	Imagem anexada						
25/06/2021 / 240,00 / 0,00	17	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017
	Imagem anexada						
25/06/2021 / 240,00 / 0,00	14	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017
	Imagem anexada						
25/06/2021 / 240,00 / 0,00	13	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017
	Imagem anexada						

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
976,00	

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador / Carimbo	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
07/02/2021	Dr. Regis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO-DF 11442		

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 629302

Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Numero da Guia de Recuros de Glosas Atribuido pela: 629302

Dados do Contratado

Código na Operadora: 28506060001102

7 - Nome do Contratado: 11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

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

Número da Guia no Prestador: 62891

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 562891

15 - Status: CONCLUÍDO

16 - Beneficiário: 00202538267400000101 - FABIO DE JESUS CARVALHO

Código da Glosa da Guia:

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

19 - S

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa
25/05/2021 14,40 14,40	013		01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL Paciente com presença de cálculos e tártaros supra gengivais, indicado raspagem e profilaxia.	3035
25/05/2021 14,40 14,40	012		01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL Paciente com presença de cálculos e tártaros supra gengivais, indicado raspagem e profilaxia.	3035
25/05/2021 14,40 14,40	014		01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL Paciente com presença de cálculos e tártaros supra gengivais, indicado raspagem e profilaxia.	3035
25/05/2021 14,40 14,40	011		01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL Paciente com presença de cálculos e tártaros supra gengivais, indicado raspagem e profilaxia.	3035
/ / , ,							
/ / , ,							

32 - Valor Total Recursado (R$): 57,60

33 - Valor Total Acatado (R$): 57,60

34 - Data do Recurso: 10/06/2021

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 671465

Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	671465

Dados do Contratado

Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
28506060001012	11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

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

Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário	Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
28113	628113	AUTORIZADO	40641400000202379901 - MARIA CARDOSO GROCHEVICZ		imagem anexada	

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa	28 - Valor Recursado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora
21/07/2021	24	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017	24,40	imagem anexada	0,00	

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
24,40	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
21/07/2021	Dr. Regis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO DF 11442		

OdontoLife
benefícios para você sorrir

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 671463

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	671463

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
285060600010102	11442/DF - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário	17 -
98364	598364	AUTORIZADO	00202538267400000101 - FABIO DE JESUS CARVALHO	

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
	Imagem anexada	

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descriçao do Procedimento	27 - Código da Glosa	28 - Valor Recursado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora
25/06/2021	35	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017	240	Imagem anexada	000	
25/06/2021	36	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017	240	Imagem anexada	000	
25/06/2021	34	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3017	240	Imagem anexada	000	

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
739	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
05/07/2021	Dr. Regis A. C. Melo Cirurgião Dentista Reabilitação Oral e Estética CRO-DF 11442		

OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: NOVEMBRO/2021

Razão Social: R & R ODONTOLOGIA LTDA

CNPJ: 32850606000102 (R & R ODONTOLOGIA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 11442/DF Cirurgião Dentista: (17066) - REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
669625 - I	ALICE DA SILVA RODRIGUES (00202530756600048403)		20/08/2021	174	0.3	R$ 52,20
686999 - I	JOSE LUIS FERREIRA LIMA (00202538844400000102)		31/08/2021	178	0.4	R$ 71,20
710110 - I	ALICE DA SILVA RODRIGUES (00202530756600048403)		20/09/2021	176	0.3	R$ 52,80
710648 - I	NEIDE DE CARVALHO GOIS (00202541721600000101)		21/09/2021	178	0.4	R$ 71,20
719765 - I	TABATA DA SILVA COSTA (00202530756600044201)		27/09/2021	178	0.3	R$ 53,40
736252 - I	NEIDE DE CARVALHO GOIS (00202541721600000101)		11/10/2021	122	0.4	R$ 48,80
757565 - I	NEIDE DE CARVALHO GOIS (00202541721600000101)		26/10/2021	210	0.4	R$ 84,00

Totalizador

N° de USOs:	1216
N° de atendimentos:	7
Valor:	R$ 433,60

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	1216
N° de atendimentos:	7
Valor:	R$ 433,60

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	1216
N° de atendimentos:	7
Valor:	R$ 433,60

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 A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 03/11/2021 10:07

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 669625
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	20/08/21	08/09/21	AUTORIZADO	8965826	18/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253075660004840 3	POS REDE PRESTADORA	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALICE DA SILVA RODRIGUES 28/06/2017	( ) -	INACIA MARIA DA SILVA OLIVEIRA

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	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
34664151870	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	15,30		S	08/09/21		x
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	15,75		S	08/09/21		x
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	15,75		S	08/09/21		x
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	15,75		S	08/09/21		x
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	15,75		S	08/09/21		x
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	174,00	78,30	

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
/ /	08/09/21	08/09/21	/ /

Dr. Régis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

OdontoLife
Humanização para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

686999
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	31/08/21	31/08/21	AUTORIZADO	9007760	29/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020238844400001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSE LUIS FERREIRA LIMA 13/12/1995	( ) -	FRANCISCA LUIZA FERREIRA LIMA

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	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
34641518701	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	31/08/21		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	31/08/21		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	31/08/21		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	31/08/21		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	31/08/21		
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	1780	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
/ /	31/08/21	31/08/21	/ /

Dr. REGIS A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

710110
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	20/09/21	29/09/21	AUTORIZADO	9078054	19/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025307566006000481403	POS REDE PRESTADORA	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALICE DA SILVA RODRIGUES 28/06/2017	( )	INACIA MARIA DA SILVA OLIVEIRA

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	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
34616415170	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	51	IV	1	88,00	396,00		S	29/09/21		
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	61	IV	1	88,00	396,00		S	29/09/21		
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	176,00	792,00	

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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/09/21	29/09/21	/ /

Dr. Regis A. C. M.
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

OdontoLife
transformando para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 710648
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/09/21	22/09/21	AUTORIZADO	9079892	20/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202541721600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NEIDE DE CARVALHO GOIS	30/11/1974	( ) -	NEIDE DE CARVALHO GOIS

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	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
34664151870	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	22/09/21		NEGUES
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	22/09/21		NEGUES
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	22/09/21		NEGUES
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	22/09/21		NEGUES
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	22/09/21		NEGUES
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	170,00	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
/ /	22/09/21	22/09/21 NEGUES	/ /

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 719765

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	27/09/21	28/09/21	AUTORIZADO	9108270	26/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530756606004420101	POS REDE PRESTADORA	CAIXA DE ASSISTENCIA DOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TABATA DA SILVA COSTA 08/05/1986	( ) -	TABATA DA SILVA COSTA

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	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
34641518706	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	15,30		S	28/09/21		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	16,20		S	28/09/21		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	16,20		S	28/09/21		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	16,20		S	28/09/21		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	16,20		S	28/09/21		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	810,10	

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
/ /	28/09/21	28/09/21	/ /

Dr. Regis A. C. Melo
Reabilitação Oral e Estética
CRO-DF 11442

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 736252
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	11/10/21	13/10/21	AUTORIZADO	9160539	09/01/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202541721609000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NEIDE DE CARVALHO GOIS 30/11/1974	( )	NEIDE DE CARVALHO GOIS

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	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
34641518701	REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO	11442	DF	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	13/10/21		xNGois
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	13/10/21		NGois
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
/ /	13/10/21 Dr. Regis A. C. Melo Cirurgião Dentista Clínica Geral e Estética Reabilitadora CRO-DF 11442	13/10/21 xNGois	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 757565
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 26/10/21
4-Data de Autorização: 27/10/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9219648
7-Data Validade da Senha: 24/01/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020254172160000001 01
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: NEIDE DE CARVALHO GOIS
30/11/1974
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: NEIDE DE CARVALHO GOIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO
18-Número no CRO: 11442
19-UF: DF
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 34664151870
22-Nome do Contratado Executante: REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO
23-Número no CRO: 11442
24-UF: DF
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: REGIS ALEXANDRE DA CUNHA MELO
27-Número no CRO: 11442
28-UF: DF
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	27/10/21		x Regis
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	27/10/21		x Regis
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	LD	1	88,00	0,00		S	27/10/21		x Regis
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: 210,00
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 apresentado, 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.

Dr. Regis A. C. Melo
Cirurgião Dentista
Reabilitação Oral e Estética
CRO DF 11442

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/10/21 x Regis
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/10/21
53-Data, local e Carimbo da Empresa:

assinar no campo trocado