OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 668588

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	19/08/21	27/08/21	AUTORIZADO	8962681	17/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025330420000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELA RODRIGUES DE TOLEDO 19/05/1994	( ) -	GABRIELA RODRIGUES DE TOLEDO

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	GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA	125769	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4402258845	GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA	125769	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA	125769	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QNT	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	730	0,00		S	27/08/21		
2	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	730	0,00		S	27/08/21		
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	146,00	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/08/21	27/08/21	/ /	27/08/21

Dr. Gabriela Nascimento
Cirurgiã Dentista
CROSP 125.769

Digitalizado com CamScanner

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 692162

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 03/09/21
4-Data de Autorização: 03/09/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9023632
7-Data Validade da Senha: 02/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00202533042000000001 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: GABRIELA RODRIGUES DE TOLEDO 19/05/1994
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: GABRIELA RODRIGUES DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rdc: N
17-Nome do Profissional Solicitante: GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA
18-Número no CRO: 125769
19-UF: SP
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 44022258845
22-Nome do Contratado Executante: GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA
23-Número no CRO: 125769
24-UF: SP
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA
27-Número no CRO: 125769
28-UF: SP
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	00	82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	25		1	73,00	0,00		S	03/09/21		
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: 73,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que apóis 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 Responsável: 03/09/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 03/09/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/09/21
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 03/09/21

Dr Gabriela Nascimento
Cirurgiã Dentista
CROSP 125769

Digitalizado com CamScanner

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 659520

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/21	13/08/21	AUTORIZADO	8936086	11/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00225330420000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

14-Nome	16-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELA RODRIGUES DE TOLEDO 19/05/1994	( )	GABRIELA RODRIGUES DE TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento p/RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA	125769	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4402225884 5	GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA	125769	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GABRIELA DO NASCIMENTO SOUSA	125769	SP	

Rol de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Dente/Região	24-Face	25-Qtd.	26-Quantidade US	27-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut.	40-Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00810000 30	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	00,00		S	13/08/21		
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-Orçamento 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que ao(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 Assistente	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/08/21	13/08/21	13/08/21	13/08/21

Drª Gabriela Nascimento
Cirurgiã Dentista
CROSP 125.769

Digitalizado com CamScanner