OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 372876
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	10/09/20	12/09/20	AUTORIZADO	7859649	09/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205194464005750 2	POS REDE PRESTADORA	FRISIA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMILY CHRISTINE MILEK DA ROCHA 28/09/2015	( ) -	JHAMYS KELWEN DA ROCHA

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/09/20		Thifanny
2-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	51	V	1	61,00	0,00		S	12/09/20		Thifanny
3-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	61	V	1	61,00	0,00		S	12/09/20		Thifanny
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	156,00	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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

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
12/09/20	12/09/20	12/09/20 Thifanny	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407652
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/10/20	29/10/20	AUTORIZADO	8007158	26/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025108751002780 03	POS REDE PRESTADORA	CASTROLANDA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAYANE VITORIA GONCALVES DA ROSA 02/11/2001	( )	VANESSA GONCALVES DA ROSA

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código de 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		Dayane
2	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAISD		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Dayane
3	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIAE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Dayane
4	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Dayane
5	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		Dayane
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	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
03/11/20	03/11/20	03/11/20 Dayane	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/10/20	29/10/20	AUTORIZADO	8007159	26/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002021944640021001	POS REDE PRESTADORA	FRISIA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LODRIGUE MACHADO 21/01/1986	( ) -	LODRIGUE MACHADO

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código de 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/11/20		
2-	00	84001188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
3-	00	84001188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
4-	00	84001188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
5-	00	84001188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/11/20		
6-	00	85100186	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	10/11/20		
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	235,00	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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a agir 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
10/11/20	10/11/20	10/11/20	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

390348
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/10/20	08/10/20	AUTORIZADO	7935596	04/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002029635400002021	POS REDE PRESTADORA	FABIANE ANDREA GREIDANUS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEX SANDRO RODRIGUES MARINHO 12/02/1982	( ) -	ALEX SANDRO RODRIGUES MARINHO

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		ALEX
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/10/20		ALEX
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/10/20		ALEX
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/10/20		ALEX
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/10/20		ALEX
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	16/10/20		ALEX
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	235,00	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
16/10/20	16/10/20	16/10/20 ALEX	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 403530
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	23/10/20	25/10/20	AUTORIZADO	7990229	21/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202519446400021002	POS REDE PRESTADORA	FRISIA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR EMANUEL SILVA MACHADO 14/08/2012	( ) -	LODRIGUE MACHADO

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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-		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	64	V	1	61,00	0,00		S	25/10/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/10/20	25/10/20	25/10/20	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 390362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/10/20	08/10/20	AUTORIZADO	7935673	04/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529635400000202	POS REDE PRESTADORA	FABIANE ANDREA GREIDANUS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA DA LUZ MARINHO 23/11/2008	( ) -	ALEX SANDRO RODRIGUES MARINHO

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/20		+ALEX
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	09/10/20		+ALEX
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	55	O	1	61,00	0,00		S	09/10/20		+ALEX
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00		S	09/10/20		+ALEX
5	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	16/10/20		+ALEX
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	16/10/20		+ALEX
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	16/10/20		+ALEX
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	375,00	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
16/10/20	16/10/20	16/10/20 +ALEX	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

418960
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	8053458	11/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510875100278001	POS REDE PRESTADORA	CASTROLANDA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VANESSA GONCALVES DA ROSA 04/07/1983	( ) -	VANESSA GONCALVES DA ROSA

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	,	S	17/11/20		Vanessa
2 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	,	S	17/11/20		Vanessa
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	95,00	0,00	,

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/11/20	17/11/20	17/11/20 Vanessa G. da Rosa	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

417727
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	12/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	8047526	10/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251087510027802	POS REDE PRESTADORA	CASTROLANDA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSE CARLOS VIEIRA DA ROSA 09/03/1977	( ) -	VANESSA GONCALVES DA ROSA

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/11/20		José
2-	00	840001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	18/11/20		José
3-	00	840001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	18/11/20		José
4-	00	840001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	18/11/20		José
5-	00	840001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	18/11/20		José
6-	00	851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	20/11/20		José
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	235,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/20	20/11/20	20/11/20 José Carlos V Rosa	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

410896
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	03/11/20	05/11/20	AUTORIZADO	8019866	01/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202519446400142501	POS REDE PRESTADORA	FRISIA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RONI ALDO DA LUZ 05/12/1984	( ) -	RONI ALDO DA LUZ

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RPSE

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	810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/11/20		RONI
2	00	840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/11/20		RONI
3	00	840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/11/20		RONI
4	00	840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/11/20		RONI
5	00	840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/11/20		RONI
6	00	820085 9	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	13/11/20		RONI
7	00	810042 1	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	13/11/20		RONI
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	261,00	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
13/11/20	13/11/20	13/11/20 RONI	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416140
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	10/11/20	12/11/20	AUTORIZADO	8040876	08/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532220500000101 03	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO LUCAS DE OLIVEIRA ROCHA 26/06/2014	( ) -	TATIANA C P DE O ROCHA

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	8400900	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	12/11/20		Tatiana
2-	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00		S	12/11/20		Tatiana
3-	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	51	V	1	61,00	0,00		S	16/11/20		Tatiana
4-	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	61	V	1	61,00	0,00		S	16/11/20		Tatiana
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	255,00	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
16/11/20	16/11/20	16/11/20 Tatiana C.P. de Oliveira	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

410877
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	03/11/20	04/11/20	AUTORIZADO	8019837	01/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025332205000001 02	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA LETICIA DE OLIVEIRA ROCHA 16/07/2007	( ) -	TATIANA C P DE O ROCHA

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01812869117	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/11/20		Tatiana
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/11/20		Tatiana
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/11/20		Tatiana
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/11/20		Tatiana
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/11/20		Tatiana
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	13/11/20		Tatiana
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	235,00	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
13/11/20	13/11/20	13/11/20 Tatiana C P Rocha	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.1[illegible].869-1[illegible]

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 399799
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	20/10/20	21/10/20	AUTORIZADO	7974320	18/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025194464001401	POS REDE PRESTADORA	FRISIA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RUDIARD BARBOZA COSTA 17/01/1995	( ) -	RUDIARD BARBOZA 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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
018112869117	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/10/20		Rudiard
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/10/20		Rudiard
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/10/20		Rudiard
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/10/20		Rudiard
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/10/20		Rudiard
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	27/10/20		Rudiard
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	27/10/20		Rudiard
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	296,00	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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

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
27/10/20	27/10/20	27/10/20	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 409679
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	02/11/20	04/11/20	AUTORIZADO	8015584	31/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202508835000253801	POS REDE PRESTADORA	MADERO COMERCIO DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROBSON JOSE PINHEIRO FRANCO 23/07/1996	( ) -	ROBSON JOSE PINHEIRO FRANCO

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 81000421-
(I) 81000421-RPID

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	810000 30	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/11/20		
2	00	840001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/11/20		
3	00	840001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/11/20		
4	00	840001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/11/20		
5	00	840001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/11/20		
6	00	851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00		S	10/11/20		
7	00	851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00		S	12/11/20		
8	00	851002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MV	1	88,00	0,00		S	12/11/20		
9	00	810004 21	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	19/11/20		
10	00	820008 59	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73,00	0,00		S	19/11/20		
11	00	810004 21	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	19/11/20		
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	485,00	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
19/11/20	19/11/20	19/11/20	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.1[illegible].869-[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 407655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/10/20	29/10/20	AUTORIZADO	8007184	26/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205189400000261	POS REDE PRESTADORA	HUBNER COMPONENTES E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ DIOGO ARAUJO DA SILVA 14/10/1984	( )	LUIZ DIOGO ARAUJO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UE	37-Valor	38-Franquia Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340,00	0,00		S	03/11/20		Luiz
2	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAED		1	350,00	0,00		S	03/11/20		Luiz
3	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350,00	0,00		S	03/11/20		Luiz
4	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350,00	0,00		S	03/11/20		Luiz
5	00	84000188	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350,00	0,00		S	03/11/20		Luiz
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	610,00	0,00		S	10/11/20		Luiz
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	610,00	0,00		S	17/11/20		Luiz
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610,00	0,00		S	17/11/20		Luiz
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UE	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	3670,00	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 da forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/11/20	17/11/20	17/11/20 Luiz	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.112.869-17

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 395214
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/10/20	16/10/20	AUTORIZADO	7955536	11/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510875100515301	POS REDE PRESTADORA	CASTROLANDA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PEDRO AUGUSTO RIBAS 20/11/1998	( ) -	PEDRO AUGUSTO RIBAS

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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/10/20		Pedro
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/10/20		Pedro
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/10/20		Pedro
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/10/20		Pedro
5-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/10/20		Pedro
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	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
19/10/20	19/10/20	19/10/20 Pedro	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.1[illegible].869

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 403627
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	23/10/20	25/10/20	AUTORIZADO	7990558	21/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202519284500000303	POS REDE PRESTADORA	SERRA VERDE TRANSPORTE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KEWIN DA CRUZ OLIVEIRA 11/03/2003	( ) -	JUAREZ MARCOS LOPES DE 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	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01811286917	PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
PATRICIA GUIDO CARNEIRO	20624	PR	

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	86000098	APARELHO ORTODONTICO	AS		1	72,00	0,00		S	26/10/20		
2	00	86000098	APARELHO ORTODONTICO	AI		1	72,00	0,00		S	26/10/20		
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	144,00	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
26/10/20	26/10/20	26/10/20	/ /

Patricia G. Carneiro
CRO 20624
CPF 018.1[illegible] 860