Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

375025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 14/09/20
4-Data de Autorização: 19/09/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7869447
7-Data Validade da Senha: 13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025312624000001 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: CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES 28/04/1974
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 100016176556
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
29-Código CBO S:

Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-22
(I) 81000421-RIS

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85206	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22		1	258,00	0,00		S	19/09/20		
2	00	81004	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	19/09/20		
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: 272,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, Carimbo e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 19/09/20
51-Data, Carimbo e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/09/20
52-Data, Carimbo e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/09/20
53-Data, Carimbo e Assinatura da Empresa: 19/09/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AP

388983
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 03/10/20
4-Data de Autorização: 16/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7930309
7-Data Validade da Senha: 01/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253126240000010101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES 28/04/1974
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CHARLES ROBERTO ALVES TAVARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CRO: 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 100016175656
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
29-Código CRO: 9

725 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-47
(I) 81000421-

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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85201058	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533	00	00	S	16/10/20		
2	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMID		1	14	00	00	S	16/10/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de 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: 547,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 16/10/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/10/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/10/20 Autorizo
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 16/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3 Nº 400459
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	24/10/20	AUTORIZADO	7977480	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
002025300528700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WAGNER ANTONIO DOS SANTOS 24/01/1984	( )	WAGNER ANTONIO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

325 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-16
(I) 81000421-

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 -	00851001956	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	24/10/20		
2 -	00852001588	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	24/10/20		
3 -	00810004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/10/20		
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	608,00	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
. Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção.

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
24/10/20	24/10/20	24/10/20 x Wagner Santos	24/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

385376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 29/09/20
4-Data de Autorização: 01/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7915042
7-Data Validade da Senha: 28/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253227540000010 7
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SEBASTIAO FELIX DE BRITO 06/06/1961
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: VALQUIRIA FELIX DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10016175656
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
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 U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/10/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/10/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/10/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de 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 U/S: 178,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 01/10/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 01/10/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 01/10/20 Sebastião Felix
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 01/10/20

Odontolife
Tranquilidade para você e seu sorriso

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AP

401534
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 21/10/20
4-Data de Autorização: 23/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7981584
7-Data Validade da Senha: 19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253224754000001007
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SEBASTIAO FELIX DE BRITO 06/06/1961
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: VALQUIRIA FELIX DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85400149-17 (I) 81000421-RIS (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10016176556
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
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	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	21		1	154,00	0,00		S	23/10/20		
2	00	85400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	21		1	472,00	0,00		S	23/10/20		
3	00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	17		1	154,00	0,00		S	23/10/20		
4	00	85400149	COROA TOTAL METÁLICA	17		1	472,00	0,00		S	23/10/20		
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	23/10/20		
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	23/10/20		
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: 1280,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação
. Anexar rx final do núcleo e foto final da coroa adaptada para analise na produção

50-Data/Hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 29/10/20
51-Data/Hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 29/10/20
52-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 29/10/20
53-Data/Hora e Carimbo do Executante: 29/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A/

375012
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	14/09/20	19/09/20	AUTORIZADO	7869367	13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205316655000001002	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEDERLLYSON ALMEIDA NUNES 21/05/1988	( ) -	CRISTIANO BRUNO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100017656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-47
(I) 81000421-

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00852001518	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533	0,00	0,00	S	19/09/20		
2-	00810042121	RX PERIAPICAL	RMID		1	14	0,00	0,00	S	19/09/20		
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	547,00	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
. Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para produção

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
19/09/20	19/09/20	19/09/20	19/09/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

389024
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 03/10/20
4-Data de Autorização: 30/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7930469
7-Data Validade da Senha: 01/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002531664550000102
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: HEDERLLYSON ALMEIDA NUNES — 21/05/1988
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CRISTIANO BRUNO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-38
(I) 82001294-48
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10017656
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
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 / Observação
1	00	62008875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	00		S	30/10/20	
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186	00		S	30/10/20	
3	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186	00		S	30/10/20	
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: 445,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 30/10/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 30/10/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30/10/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 30/10/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 368538
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	02/09/20	16/09/20	AUTORIZADO	7841889	01/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253134550000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THATIANE NUNES PEREIRA 19/06/1993	( ) -	THATIANE NUNES PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pela Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-15
(I) 81000421-

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 -	00810100303	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	16/09/20		Thatiane
2 -	00852010140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333	0,00		S	16/09/20		Thatiane
3 -	00810010421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14	0,00		S	16/09/20		Thatiane
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	381 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
16/09/20	16/09/20	16/09/20 Thatiane Nunes Pereira	16/09/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 394309

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	13/10/20
4-Data de Autorização	15/10/20
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7951896
7-Data Validade da Senha	11/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	00205324921000010 3
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	GUSTAVO HENRIQUE DAMASCENO SILVA 19/03/2014
14-Telefone	( )
15-Nome do titular do plano	MICHELLE LOHANE FREITAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	N
17-Nome do Profissional Solicitante	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO	43377
19-UF	MG
20-Código CBO S	01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	10001617656
22-Nome do Contratado Executante	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO	43377
24-UF	MG
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO	43377
28-UF	MG
29-Código CBO S	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		
2-	00840009 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	15/10/20		
3-	00810014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	15/10/20		
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	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 Executante	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/10/20	15/10/20	15/10/20 Michelle	15/10/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-Nº 400469
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 20/10/20
4-Data de Autorização: 22/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7977521
7-Data Validade da Senha: 18/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253249210000103
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: GUSTAVO HENRIQUE DAMASCENO SILVA 19/03/2014
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MICHELLE LOHANE FREITAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10016175656
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(f) 85100200
(f) 85100226
(f) 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OM	1	88,00	0,00		S	22/10/20		x
2-	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	51	MIVP	1	122,00	0,00		S	22/10/20		x
3-	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	61	VMIP	1	122,00	0,00		S	22/10/20		x
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: 332,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data/Assinatura do Profissional Executante: 22/10/20
51-Data/Assinatura do Cirurgião-Dentista: 22/10/20
52-Data/Assinatura do Beneficiário / Responsável: 22/10/20 x Michelle Lohane
53-Data, Carimbo da Empresa: 22/10/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 386328 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 30/09/20
4-Data de Autorização: 01/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7919066
7-Data Validade da Senha: 29/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020258684200000102
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: EMANUEL HENRIQUE VIEIRA DA COSTA 09/03/2017
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: GESANA DE JESUS VIEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pela Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 100016175656
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
29-Código CBO S:

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

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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OV	1	88,00	0,00		S	01/10/20		
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	74	ODL	1	122,00	0,00		S	01/10/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00		S	01/10/20		
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 UE: 271,00

47-Valor Total R$: 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 01/10/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 01/10/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 01/10/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 01/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

388979
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	03/10/20	20/10/20	AUTORIZADO	7930283	01/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205065503023023	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELLENIDIANA SOUZA MARTINS 15/11/1989	( )	EVERTON MARTINS 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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176565	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	20/10/20		Ellen
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/20		Ellen
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/20		Ellen
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/20		Ellen
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	20/10/20		Ellen
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	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
20/10/20	20/10/20	20/10/20 Ellen M. S. Martins	20/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 394296

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	15/10/20	AUTORIZADO	7951849	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
0 0 2 0 2 5 3 2 4 9 2 1 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MICHELLE LOHANE FREITAS DA SILVA 28/12/1994	( ) -	MICHELLE LOHANE FREITAS 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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 0 0 0 1 6 1 7 6 5 6	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
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	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 a 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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/10/20	15/10/20	15/10/20	15/10/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 365456

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	27/08/20	03/09/20	AUTORIZADO	7827717	25/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025324000001021	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NATALIA DANIELE LOPES 01/01/1993	( ) -	FABRICIO 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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001286-38

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00	82006816	EXODONTIA A RETALHO	28		1	730,00	0,00		S	03/09/20		
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	03/09/20		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término de 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	434,00	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
03/09/20	03/09/20	03/09/20	03/09/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

400788
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	21/10/20	24/10/20	AUTORIZADO	7978587	19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025117612000142 01	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PATRICIA ENGRACIA RIBEIRO 04/10/1980	( ) -	PATRICIA ENGRACIA RIBEIRO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100017656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	340	000		S	24/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	24/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	24/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	24/10/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	24/10/20		
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	000	

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, Nome e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, Nome e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Nome e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, Nome e Carimbo da Empresa
24/10/20	24/10/20	24/10/20	24/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

382203
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	23/09/20	15/10/20	AUTORIZADO	7901378	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025321970300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCO CARLOS GONCALVES 23/04/1959	( ) -	FRANCISCO CARLOS GONCALVES

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ/CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Obse	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/10/20		
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	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
15/10/20	15/10/20	15/10/20	15/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 402633

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	22/10/20	22/10/20	AUTORIZADO	50200930	20/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000020153638	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A		898004619678203

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALLANYS OLIVEIRA DE ALMEIDA 21/05/1999	( )	JULIANA OLIVEIRA CARVALHO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

801 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	22/10/20		Allanys
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	22/10/20		Allanys
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	22/10/20		Allanys
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	22/10/20		Allanys
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	22/10/20		Allanys
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	

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
22/10/20	22/10/20	22/10/20 Allanys Oliveira	22/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

406795
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	8003410	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
0020250606553038101	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IGOR PATRICK GONCALVES LOPES 19/05/1999	( ) -	IGOR PATRICK GONCALVES LOPES

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	81030030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Igor P.
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Igor P.
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Igor P.
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Igor P.
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Igor P.
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	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, Carimbo e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, Carimbo e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Carimbo e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Carimbo Carimbo e Empresa
29/10/20	29/10/20	29/10/20 Igor P.	29/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

400776
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	21/10/20	23/10/20	AUTORIZADO	7978542	19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025065065500304802	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENATA PINHEIRO SANTOS 25/06/1982	( ) -	BRENO SILVA REZENDE

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	23/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	23/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	23/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	23/10/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	23/10/20		
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	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 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 va 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
23/10/20	23/10/20	23/10/20	23/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

403272
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	28/10/20	AUTORIZADO	7989084	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
0020250606550357 01	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SINVAL DA SILVA NETO 28/12/1995	( )	SINVAL DA SILVA NETO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	28/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	28/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	28/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	28/10/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	28/10/20		
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	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 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
28/10/20	28/10/20	28/10/20	28/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

373869
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	11/09/20	14/09/20	AUTORIZADO	7864127	10/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205319548000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TALINE CHAVES DE REZENDE 03/03/1995	( ) -	TALINE CHAVES DE REZENDE

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100017655 6	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	00	S	14/09/20		Taline
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	14/09/20		Taline
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	14/09/20		Taline
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	14/09/20		Taline
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	14/09/20		Taline
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	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, Carimbo da Operadora Empresa
14/09/20	14/09/20	14/09/20 Taline Chaves de Rezende Reynoll	14/09/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

389061
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	03/10/20	19/10/20	AUTORIZADO	7930546	01/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025319548000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TALINE CHAVES DE REZENDE 03/03/1995	( ) -	TALINE CHAVES DE REZENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento à RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 -	00820075	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	730	00,00		S	19/10/20		Taline
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término de 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	730	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 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 Taline Chaves Rezende	19/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

385097
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	28/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7913801	27/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002532374240000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BARBARA SUELLEN RODRIGUES DA SILVA LIMA 15/08/1991	( ) -	BARBARA SUELLEN RODRIGUES DA SILVA 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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1 -	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/10/20		
2 -	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	01/10/20		
3 -	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	01/10/20		
4 -	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	01/10/20		
5 -	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	01/10/20		
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	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
01/10/20	01/10/20	01/10/20	01/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

369557
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	03/09/20	10/09/20	AUTORIZADO	7846784	02/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205278733000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THEO GABRIEL ALMEIDA SANTOS 29/10/2015	( ) -	ALINE ROCHA DE ALMEIDA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176156	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218
(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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	10/09/20		
2	00810014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00	0,00	S	10/09/20		
3	00840090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	10/09/20		
4	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/20		
5	00851028	RESTAURAÇÃO RESINA	51	PMV	1	122,00	0,00	0,00	S	07/10/20		
6	00851028	RESTAURAÇÃO RESINA	61	PMV	1	122,00	0,00	0,00	S	07/10/20		
7	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	07/10/20		
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	569,00	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
. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
07/10/20	07/10/20	07/10/20	07/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-AP

385414
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	29/09/20	02/10/20	AUTORIZADO	7915178	28/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253227540000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR GABRYEL DE BRITO LIMA 11/11/2003	( )	VALQUIRIA FELIX DE BRITO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00,00		S	02/10/20		Valq
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00,00		S	02/10/20		Valq
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00,00		S	02/10/20		Valq
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00,00		S	02/10/20		Valq
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00,00		S	02/10/20		Valq
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	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 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
02/10/20	02/10/20	02/10/20 Valquiria Felix de Brito	02/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-nº 365622 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	27/08/20	07/10/20	AUTORIZADO	7828756	25/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 0 6 0 6 5 5 0 0 3 4 7 3 0 1	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARLEY RODRIGUES SANTOS 29/04/1973	( )	ARLEY RODRIGUES SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 0 0 1 6 1 7 6 5 6	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OMVP	1	122,00	0,00		S	07/10/20		
2	00	950	RESTAURAÇÃO RETIDA A PINO	13		1	95,00	0,00		S	07/10/20		
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	217,00	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
07/10/20	07/10/20	07/10/20	07/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

387728
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	01/10/20	03/10/20	AUTORIZADO	7925207	30/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 1 0 3 7 8 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TALITA DE FREITAS FERREIRA ALMEIDA 17/04/1989	( ) -	TALITA DE FREITAS FERREIRA ALMEIDA

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
1 0 0 0 1 6 1 7 6 5 6	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	00	00	S	03/10/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	61	00	00	S	03/10/20		
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	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
03/10/20	03/10/20	03/10/20	03/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N°

375020
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	14/09/20	24/09/20	AUTORIZADO	7869423	13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025311170000001 04	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANDA GONCALVES RIBEIRO 30/06/2000	( ) -	ELIANE GONCALVES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00		S	24/09/20		Amanda
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	88,00	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
24/09/20	24/09/20	24/09/20 Amanda	24/09/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

371870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 09/09/20
4-Data de Autorização: 06/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7855041
7-Data Validade da Senha: 08/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 0 6 0 6 5 5 0 0 3 2 1 0 0 2
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUCIANA CELESTINA REZENDE EMILIANO 06/04/1989
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: EDUARDO RODRIGUES EMILIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
325 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 1 0 0 0 1 6 1 7 6 5 6
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
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 de Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,00	0,00		S	06/10/20		Luciana
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6,00	0,00		S	06/10/20		Luciana
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6,00	0,00		S	06/10/20		Luciana
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6,00	0,00		S	06/10/20		Luciana
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6,00	0,00		S	06/10/20		Luciana
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: 1 7 8,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 06/10/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 06/10/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 06/10/20 Luciana
CRO
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 06/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

385314
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	29/09/20	02/10/20	AUTORIZADO	7914672	28/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532275400000105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HAMANDA BRITO FERNANDES 05/11/1991	( )	VALQUIRIA FELIX DE BRITO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	02/10/20		Hamanda
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Hamanda
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Hamanda
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Hamanda
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/10/20		Hamanda
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	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
02/10/2020	02/10/2020	02/10/2020 Hamanda Brito F	02/10/2020

OdontoLite
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

374306
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 12/09/20
4-Data de Autorização: 16/09/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7866486
7-Data Validade da Senha: 11/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025065065500171602
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUANA PRISCILA ALVES DE PAULA 26/04/1993
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: JEFFERSON RIBEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 100016176565
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	0,00	S			
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S			
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S			
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S			
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S			
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: 178,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 391100
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	09/10/20	AUTORIZADO	7938822	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
00205316655000001 05	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome: WILSON CATRINQUE ALVES 18/05/1959
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CRISTIANO BRUNO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10017617656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	00	S	09/10/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	09/10/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	09/10/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	09/10/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	09/10/20		
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	

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

49-Observação

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
09/10/20	09/10/20	09/10/20	09/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

389036
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	03/10/20	14/10/20	AUTORIZADO	7930492	01/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205065065500171601	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JEFFERSON RIBEIRO DA SILVA 21/12/1991	( )	JEFFERSON RIBEIRO 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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	00,00	0,00	S	14/10/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00	0,00	S	14/10/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00	0,00	S	14/10/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00	0,00	S	14/10/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00	0,00	S	14/10/20		
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	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
14/10/20	14/10/20	14/10/20	14/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-VF

400460
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	22/10/20	AUTORIZADO	7977503	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
002065655003452	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANA DA GLORIA CAMARGO LEOCADIO 05/03/1977	( ) -	EULER LEANDRO LEOCADIO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

325 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	82008016	EXODONTIA A RETALHO	18		1	73,00	0,00		S	22/10/20		
2	00	82008016	EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00		S	22/10/20		
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	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/10/20	22/10/20	22/10/20	22/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AP

385387
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	29/09/20	02/10/20	AUTORIZADO	7915115	28/12/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253227540000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAYKON DOUGLAS FELIX GONCALLO 12/10/1998	( )	VALQUIRIA FELIX DE BRITO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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	02/10/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/10/20		
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	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.

50-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
02/10/20	02/10/20	02/10/20, Valquiria Felix de Brito	02/10/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

377521
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7881181	16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025065500308104	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARTHUR OLIVEIRA CARVALHO PINTO 03/05/2017	( ) -	JEFFERSON RAIMUNDO CARVALHO PINTO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016176556	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 -	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Karina
2 -	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Karina
3 -	00810000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00	0,00	S	01/10/20		Karina
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	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.

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
01/10/20	01/10/20	01/10/20 Karina Neto	01/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

377532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7881284	16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020250665500308103	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALICE DE OLIVEIRA CARVALHO PINTO 14/06/2011	( ) -	JEFFERSON RAIMUNDO CARVALHO PINTO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10001617656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/10/20		Karina
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	01/10/20		Karina
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	106,00	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
01/10/20	01/10/20	01/10/20 Karina Nuto	01/10/20

OdontoLife
Tranquilidade para você viver

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 403302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 23/10/20
4-Data de Autorização: 27/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7989219
7-Data Validade da Senha: 21/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025319109000000101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MIRIAN LIMA DA SILVA 21/11/1989
14-Telefone: ( ) ____-____
15-Nome do titular do plano: MIRIAN LIMA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO
18-Número no CRO: 43377
19-UF: MG
20-Código CBO S: 01
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10001617656
22-Nome do Contratado Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
23-Número no CRO: 43377
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA
27-Número no CRO: 43377
28-UF: MG
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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/10/20		
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: 178,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 27/10/20
51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/10/20
52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/10/20
53-Data e Carimbo da Empresa: 27/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP

400774
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	21/10/20	26/10/20	AUTORIZADO	7978539	19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205325630000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO 18/11/1991	( ) -	VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CRO 5
N	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
100016175656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CRO 5
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/20		
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	34,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	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	26/10/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

404441
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	26/10/20	30/10/20	AUTORIZADO	7993825	24/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253256300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO 18/11/1991	( ) -	VANESSA SOARES RAMOS MONTEIRO

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	CONSULTORIO ODONTOLOGICO BELO SORRISO	43377	MG	01

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-48

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
10001617656	JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JAQUELINE FERNANDA MARTINS LESSA	43377	MG	

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	30/10/20		
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	186,00	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
30/10/20	30/10/20	30/10/20	30/10/20