

Life GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



2 - Nº Guia no Prestador

559289

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso 2	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Arbitrada pela
6 - Código da Operadora 111419705000164			
7 - Nome do Contratado 14956/RS - RITA DE CÁSSIA ATAUALPA DE LIMA			
8 - Número de Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa
12 -			
13 - Número da Guia no Prestador 532006			
14 - Número da Guia Arbitrada pela Operadora 532006			
15 - Status AUTORIZADO			
16 - Beneficiário 00262535801300000101 - SIMONE RAMOS PACHECO			
17 - Código da Glosa da Guia			
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) foram anexadas as fotos raios x inicial e final			
19 -			

Dados dos Dados da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabula	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
28 - Valor Requerido	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Autorizado	31 - Justificativa da Operadora				

1 -	23042021	R P S E	01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3080
	1120						
	0400						
2 -	23042021	24	01	94	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	3081
	26640						
	0400						
3 -							
4 -							
5 -							
6 -							

32 - Valor Total Requerido (R\$)	33 - Valor Total Autorizado (R\$)	34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data de Realização da Arbitragem	37 - Assinatura da Operadora
2775,9	98,9	23042021			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



546370

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/21	4-Data de Autorização 10/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8568973	7-Data Validade da Guia 08/08/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252705790002501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELISEU DAMASCENO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELISEU DAMASCENO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/05/21		Eliseu
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00			17/05/21		Eliseu
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00			10/05/21		Eliseu
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			17/05/21		Eliseu
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			17/05/21		Eliseu
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			17/05/21		Eliseu
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			17/05/21		Eliseu
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 308,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

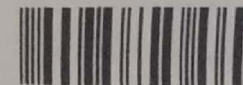
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21 Natali S. de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 Eliseu Damasceno	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



546529

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 546529	7-Data Validade da Senha 08/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900004105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VERONICA DOS ANJOS CAMPOS RODRIGUES		14-Telefone 27/06/1983	15-Nome do titular do plano INACIO ELTO RODRIGUES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	10/05/21		Verônica
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/21 Verônica Rodrigues	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 Verônica Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



518341

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



518323

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/04/21	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 518323	7-Data Validade da Senha 07/07/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527057900015101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / / /		
13-Nome JAIME LUCIO MACHADO		14-Telefone 13/12/1977	15-Nome do titular no plano JAIME LUCIO MACHADO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			20-Código CBO S 10		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	26-Código CBO S	
28-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00			08/04/21	
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tota 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 08/04/21 Natalia S. Souza		52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 08/04/21	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



547690

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	4-Data de Autorização 11/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8574055	7-Data Validade da Senha 09/10/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900015105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ERINEIDES DA SILVA		14-Telefone 23/09/1977	15-Nome do titular do plano JAIME LUCIO MACHADO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Roligo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oblea	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/05/11		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 11/05/11 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/11 Jaime Lucio Machado	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



524275

1-Rajismo ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/21	4-Data de Autorização 10/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8486330	7-Data Validade da Senha 14/07/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900015104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome EMANUELLY MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAIME LUCIO MACHADO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número na CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número na CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número na CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6,100	0,00		S	10/05/21		Jaime
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63		1	7,300	0,00		S	17/05/21		Jaime
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,500	0,00		S	24/05/21		Jaime
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,500	0,00		S	24/05/21		Jaime
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,500	0,00		S	24/05/21		Jaime
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,500	0,00		S	24/05/21		Jaime
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 274,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/05/21 - Natália Marocco de Souza			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/21 - Jaime			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-Nº



524263

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia 15/10/2012	4-Data de Aceitação 10/05/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8486284	7-Data Validade da Senha 14/07/2012
--------------------------	---	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Data Validade de Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202527057900015101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	
13-Nome JAIME LUCIO MACHADO	14-Telefone 13/12/1977 () - - - - -	15-Nome do titular do plano JAIME LUCIO MACHADO	

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

30-Atela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	73,00	0,00		S	10/05/12		Jaime
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	12/05/12		Jaime
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	17/05/12		Jaime
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	17/05/12		Jaime
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	17/05/12		Jaime
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 213,00	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 10/05/2012 - [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2012 - [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



524360

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/04/2011	4-Data de Autorização 21/05/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8486673	7-Data Validade da Senha 14/07/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900014601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNO JUNG PEROTTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano BRUNO JUNG PEROTTO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Contratado NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Método da Olinea	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/2011		Brund
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Código Previsto Tabela de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Valor Franquia - Co-participação R\$
	1-Prestação Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implantes/Protese	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este 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 Profissional Contratado	52-Data, local e Assinatura da Operadora	53-Data, local e Assinatura da Empresa
	21/05/2011 Natali Marocco de Souza	21/05/2011 Bruno Jung Perotto	

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



562407

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 562407	7-Data Validade da Senha 22/08/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900004101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome INACIO ELTO RODRIGUES			14-Telefone 28/07/1967 () -	15-Nome do titular do plano INACIO ELTO RODRIGUES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	24/05/21		<i>Rodrigo</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/05/21 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/21 <i>Rodrigo</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



561769

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização 24/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8622611	7-Data Validada da Senha 22/08/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020252705790004105		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validada da Carteira / /	
13-Nome VERONICA DOS ANJOS CAMPOS RODRIGUES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano INACIO ELTO RODRIGUES	
40/06/1983					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			Faturar Empresa		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Enviar - RX () 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VO	1	88,00	0,00		S	24/05/21		Veronica R
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	24/05/21		Veronica R
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	26/05/21		Veronica R
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	26/05/21		Veronica R
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/05/21		Veronica R
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/05/21		Veronica R
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/05/21		Veronica R
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/05/21		Veronica R
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 435,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

43-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Contratado

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



549361

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/21	4-Data de Autorização 21/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8580142	7-Data Validade da Senha 10/08/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900002101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome NOACIR JOSE DOS SANTOS		14-Telefone (54) 3278-6250	15-Data Validade da Carteira / /									
15-Data Validade da Carteira / /												
15-Nome do titular do plano NOACIR JOSE DOS SANTOS												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	73,00	0,00			21/05/21		
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	37	1	1	73,00	0,00			21/05/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /												
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 146,00												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /												
51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 21/05/21 Natalia Marocco de Souza												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21 Noacir Jose dos Santos												
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /												

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



559681

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/21	4-Data de Autorização 21/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8615997	7-Data Validade da Senha 19/08/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527057900002103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome AMANDA SANTANA DA SILVA		14-Telefone (54) 3278-6250	15-Nome do titular do plano NOACIR JOSE DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPT 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Face	35-Qtde	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Có-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento											
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/05/21		Amor de
2-00820000816		EXODONTIA A RETALHO	28		1	73,00	0,00			21/05/21		Amor de
3-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			31/05/21		Amor de
4-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			31/05/21		Amor de
5-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			31/05/21		Amor de
6-00840000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			31/05/21		Amor de
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Có-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcela		247,00		0,00				

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /	21/05/21 Amor de	21/05/21 Amor de	/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



559797

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/21	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 559797	7-Data Validade da Senha 19/08/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527057900003603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
13-Nome RAQUEL WUNDER PINHEIRO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano CARLOS ALEXANDRE FLECK		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	21/05/21		RAQUEL WUNDER PINHEIRO
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação

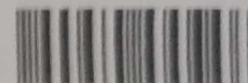
50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



122

539954

1-Registro AFD 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/05/21		4-Data de Autorização 10/05/21		5-Sexo AUTORIZADO		6-Aliquota da Guia Principal 854492		7-Data Validade de Renda 01/04/21		8-Valor da Guia 539954					
Dados do Beneficiário				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Motivo de Cancelamento da Renda			
13-Número da Carteira 0020252705790003904				14-Telefone 26/11/1985				15-Nome do titular da renda JULIANO RAMA DOMINGOS									
16-Nome DEBORA DE AGUIAR ROCHA																	
17-Endereço do Contribuinte Responsável pelo Tratamento																	
18-Substituição a RIR N		19-Nome do Profissional Beneficiário CLINICA CANELENSE		20-Número no CRO 21548		21-UF RS		22-Código CRO B 10		Faturar Empresa							
23-Código na Classificação CNPJ - CPE 09034442658				24-Nome do Contribuinte Economico NATALIA MAROCCO DE SOUZA				25-Número no CRO 21548		26-UF RS		27-Código CNIS					
28-Nome do Profissional Beneficiário NATALIA MAROCCO DE SOUZA				29-Número no CRO 21548				30-UF RS		31-Código CRO B							

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



561764

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização 24/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8622583	7-Data Validade da Senha 22/08/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527057900002501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ELISEU DAMASCENO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELISEU DAMASCENO		
16-Data de Nascimento 16/03/1980					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-UF RS	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	(1) 85100200	
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Faco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8,80	0,00			24/05/21		Eliseu
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	8,80	0,00			24/05/21		Eliseu
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 24/05/21 Natalia S. P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/21 Eliseu Damasceno	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



561782

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização ___/___/___	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 561782	7-Data Validade da Senha 22/08/21
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252705790002602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira ___/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde ___
13-Nome ARTHUR BONETTO BACKES	14-Telefone 15/02/2017 (___) _____	15-Nome do titular do plano ANDRE BACKES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	24/05/21		Givaine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

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

___/___/___

51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista

24/05/21 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

24/05/21 Givaine Bonetto

53-Data, local e Carimbo da Empresa

___/___/___

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*



561787

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/05/2011	4-Data de Autorização 11/07/1984	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 561787	7-Data Validade da Senha 21/08/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900002603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira 11/07/1984	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISLAINE BONETTO		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano ANDRE BACKES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	24/05/21		Gislaine
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/07/1984	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/1984	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/05/21 Gislaine Bonetto	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 24/05/21 Gislaine Bonetto	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/07/1984
---	--	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



562492

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/05/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 562492	7-Data Validade da Senha 22/08/21
Dados do Beneficiário			2-Nº		
8-Número da Carteira 0020253062690000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ISRAEL AMARAL ZIMMER		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira 18/05/1989		
15-Nome do titular do plano ISRAEL AMARAL ZIMMER					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	24/05/21		<i>Israel Zimmer</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista <i>Dr. Israel Zimmer</i>	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável <i>Dr. Israel Zimmer</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--