

Dados dos Itens da Guia28 *Journal of Management Education* 34(1)

27 - Código da Glosa

33 - Valor Total Acabado (R\$)

1 1 1 1 1 1 0 0 0

36 - Assinatura do Estudante: _____37 - Assurance des Opérations

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338217

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 27/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7700090	7-Data Validade da Senha 11/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900011103	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 AUGUSTO CEZAR DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIMILSON LISBOA RIBEIRO	

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 da Operadora / CNPJ / CPT 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-Ant	40-Data de Realização	41-Medicação
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00		S	27/07/20	1 clp/20
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	7300	0,00		S	27/07/20	1 clp/20
3	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	7300	0,00		S	27/07/20	1 clp/20
4	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	7300	0,00		S	30/07/20	1 clp/20
5	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	4900	0,00		S	31/07/20	1 clp/20
6	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	4900	0,00		S	31/07/20	1 clp/20
7	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	4900	0,00		S	03/08/20	1 clp/20
8	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	4900	0,00		S	03/08/20	1 clp/20
9	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7200	0,00		S	03/08/20	1 clp/20
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-Franquia		46-Total Quantidade US 521,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Faturado	

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 a arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, que assim preencheu esta guia, 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 do Responsável pelo Tratamento

27/07/20 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-97



338213

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 27/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7700080	7-Data Validade da Senha 11/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202527057900011102		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 GABRIELA THOMAZI CEZAR			14-Telefone 25/01/1984	15-Nome do titular do plano EDIMILSON LISBOA RIBEIRO	

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 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		

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 Cência	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	61,00	0,00		S	27/07/20		Operador
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	61,00	0,00		S	27/07/20		Operador
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 122,00	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 27/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 27/07/20 Edilson Lisboa Ribeiro	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-54

312331

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 2 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 1 9 / 0 5 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7556221	7-Data Validade da Senha 1 0 / 0 8 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 7 9 0 0 0 1 3 3 0 1	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 ALISSON DA SILVA LEOBET		14-Telefone 18/08/1995	15-Nome do titular do plano ALISSON DA SILVA LEOBET		
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 / CPE 0 8 0 3 4 4 2 6 5 8	22-Nome do Contratado Exatante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Exatante 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-Ant	40-Data de Realização	41-Medicação	42-Resposta
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	23 05 20		Alisson
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MI	1	8 8 0 0	0,00		S	26 05 20		Alisson
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6 1 0 0	0,00		S	26 05 20		Alisson
4-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6 1 0 0	0,00		S	26 05 20		Alisson
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0,00		S	17 06 20		Alisson
6-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0,00		S	17 06 20		Alisson
7-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0,00		S	17 06 20		Alisson
8-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0,00		S	17 06 20		Alisson
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$		
/ /		1-Transmissão Odontológica 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Ortopedia		1-Total 2-Parcial		3 8 4 0 0		0,00		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 de saúde e a arcar com os custos do tratamento realizado, conforme previsto 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, o(s) valor(es) referente(s) 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 23/05/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 23/05/2020 Alisson da Silva Leobet	53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado / /
---------------	--	---	--	---

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



315237

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/05/20	4-Data de Autorização 26/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7576087	7-Data Validade da Senha 18/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005403	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 BRUNA CRISTINA DA ROCHA GROSS		14-Data de Nascimento 04/05/1991	15-Telefone () 9988-6874	
16-Data de Nascimento 04/05/1991		17-Nome do titular do plano VOLNEI MACHADO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	20-Número no CRO 21548	21-UF RS	22-Código CBO S 10	Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	24-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	25-Número no CRO 21548	26-UF RS	27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	29-Número no CRO 21548	30-UF RS	31-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	S	02/07/20		Bruma
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00	0,00	S	07/07/20		Bruma
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00	0,00	S	07/07/20		Bruma
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	16/07/20		Bruma
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	16/07/20		Bruma
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	16/07/20		Bruma
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	16/07/20		Bruma
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	P	1	61,00	0,00	0,00	S	10/07/20		Bruma
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 da Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 384,00	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 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 Cirurgião-Dentista 02/07/20, Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/07/20, Bruma Gross	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF



338173

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699919	7-Data Validade da Senha 11/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900005004		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 ADRIANA CALONEGO CHIES			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES	
16-Data de Nascimento 01/03/1979					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RM 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-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			26-Número no CRO 21548	27-UF RS	28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

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		S	23.07.20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	23.07.20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23.07.20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23.07.20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	23.07.20		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23.07.20		
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 235,00	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

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334828

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/2015	4-Data de Autorização 23/07/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7685319	7-Data Validade da Senha 04/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900005002	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 FERNANDO CHIES		14-Telefone 14/07/2015	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES		
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 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			23/07/2015		
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 do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/2015, Natalina Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/2015, Fabiano Chies	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



340415

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7710462	7-Data Validade da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005003	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 FABIANO CHIES JUNIOR		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES	

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-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		26-Número no CRO 21548	26-UF RS	28-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

33-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	14	O	1	61,00	0,00		S	24/07/20		AO
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/07/20		AO
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/07/20		AO
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/07/20		AO
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/07/20		AO
6-												
7-												
8-												
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 201,00	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 24/07/2024 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/07/2024 Fabiano Chies	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334534

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/10/2012	4-Data de Autorização 27/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7684163	7-Data Validade da Senha 04/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900003601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome CARLOS ALEXANDRE FLECK		14-Telefone 21/11/1979	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	Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200
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 Oção	42-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OVD	1	122,00	0,00		S	27/07/20		Carlos
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	27/07/20		Carlos
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODL	1	122,00	0,00		S	28/07/20		Carlos
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Carlos
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Carlos
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Carlos
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/07/20		Carlos
8-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	28/07/20		Carlos
9-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	31/07/20		Carlos
10-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	31/07/20		Carlos
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 655,00	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.

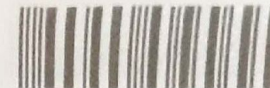
49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/07/20 Carlos Alexandre Fleck	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338184

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 27/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7700008	7-Data Validade da Senha 11/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900003602	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 PEDRO HENRIQUE PINHEIRO FLECK			14-Telefone () -	15-Nome do titular no 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	Faturar Empresa
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-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	61		1	73,00	0,00		S	27.07.20		Carles
2-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	72		1	73,00	0,00		S	27.07.20		Carles
3-	00851000153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	MOD	1	122,00	0,00		S	28.07.20		Carles
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	30.07.20		Carles
5-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	30.07.20		Carles
6-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	03.08.20		Carles
7-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	03.08.20		Carles
8-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	03.08.20		Carles
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		536,00		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 Profissional Contratado 27.07.20 Natalia Marocco Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 27.07.20 Carles Fleck	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



339099

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 14/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50176439	7-Data Validade da Senha 12/10/20
8-Endereço do Beneficiário 0037000020263565			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000607578208			13-Nome CAROLINE RAMOS		
14-Telefone () -			15-Nome do titular do plano CAROLINE RAMOS		
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					

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/07/20		Caroline
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 do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/07/20 Natalia Ramo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/07/20 Ramo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



331855

1-Ragione ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 6 / 2 0	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 331855	7-Data Validade da Senha 2 8 / 0 9 / 2 0
-------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 7 9 0 0 0 0 3 9 0 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome DEBORA DE AGUIAR ROCHA	14-Telefone 26/11/1985	15-Nome do titular do plano JULIANO RAMA DOMINGOS
-----------------------------------	---------------------------	--

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 0 8 0 3 4 4 4 2 6 5 8	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-	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		N	30/06/20		Debora
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 3 4 0 0	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 30/06/20 Natalia P. Saraiva	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/06/20 Juliana Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337037

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 10/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7695166	7-Data Validade da Senha 07/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900013801		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 RAFAEL RODRIGUES OLIVEIRA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano RAFAEL RODRIGUES OLIVEIRA	
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					

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	0,00		S	11/07/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	11/07/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	11/07/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00		S	11/07/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HABD		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/07/20		
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-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Natalia Marocco de Souza	52-Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Rafael Rodrigues Oliveira	53-Local e Carimbo da Empresa
--	---	--	-------------------------------

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336979

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 336979	7-Data Validade da Senha 07/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900001403	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 NEUZA DE FATIMA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO CRUZ DA SILVA		
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	09/07/20		Neuza
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 09/07/20 Neuza de Fatima da Silva	52-Data, local e Assinatura do Profissional / Responsável 09/07/20 Neuza de Fatima da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



336987

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia 09/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 336987	7-Data Validade da Senha 07/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900013801	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 RAFAEL RODRIGUES OLIVEIRA		14-Telefone 30/06/1990 () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL RODRIGUES OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número na 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 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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	09/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 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 09/07/20 Natalia Marocco Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/20 Rafael R. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-9P



335037

1-Região/ANS 406414	3-Data de Limite da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Sessão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7686257	7-Data validade na Sessão 04/10/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527057900008603	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 THIANA DE MOURA GROTH		14-Telefone 28/04/1991	15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA									
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 / CNP 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	Enviar - RX (J) 85100218							
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		S	08/07/20		Thiana Groth
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	ODP	1	122,00	0,00		S	08/07/20		Thiana Groth
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/07/20		Thiana Groth
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/07/20		Thiana Groth
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/07/20		Thiana Groth
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/07/20		Thiana Groth
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 296,00	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 08/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Responsável pelo Plano de Tratamento 08/07/20 Thiana Groth	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /									

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



333341

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/07/20	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 333341	7-Data Validade da Senha 30/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900001202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde	
13-Nome ROSELI FATIMA PERETTI BARBOZA		14-Telefone 10/11/1971	15-Nome do titular do plano LUIZ FERREIRA BARBOZA		
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 Oção	42-Assinatura
1-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	02/07/20		Barboza
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
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 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 02/07/20 Luiz Barboza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A"



326881

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia 19/06/2010	4-Data de Autorização 02/07/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7646164	7-Data Validade da Senha 17/09/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790000402		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 ANA JULIA DOS SANTOS MACEDO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOAO CARLOS MACEDO	
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					

Faturar Empresa

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	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	85	OMD	1	122,00	0,00		S	06/07/20		
2	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	84	MOD	1	122,00	0,00		S	06/07/20		
3	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1	73,00	0,00		S	16/07/20		
4	0085100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	MV	1	88,00	0,00		S	21/07/20		
5	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	21/07/20		
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 477,00	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 06/07/20 Natalia P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 06/07/20 Joao Carlos Macedo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338181

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699978	7-Data Validade da Senha 11/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900003904	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 DEBORA DE AGUIAR ROCHA	26/11/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIANO RAMA DOMINGOS	

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	

Faturar Empresa
Enviar - RX
() 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		Debora
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	20/07/20		Debora
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Debora
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	61,00	0,00		S	23/07/20		Debora
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	61,00	0,00		S	23/07/20		Debora
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/07/20		Debora
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/07/20		Debora
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/07/20		Debora
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/07/20		Debora
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 472,00	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 20/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/07/20 Debora Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F



322391

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/06/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7624018	7-Data Validade da Senha 07/09/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900002104		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 SILVANA MARIA SANTANA			14-Telefone 09/11/1978 (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
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 08034442658			22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		
23-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			24-Número no CRO 21548	25-UF RS	26-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	29/07/20		Silvana Maria Santana
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	29/07/20		Silvana Maria Santana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Atendimento Emergencial	45-Tipo de Tratamento 1-1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Tipo Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, li, entendi e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e a pagar, assim como os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que os procedimentos descritos acima, e por mim autorizados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, nos valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cliente/Responsável	51-Data, local e Assinatura do Profissional	52-Data, local e Assinatura da Operadora
--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



334497

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/07/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7683790	7-Data Validade da Senha 04/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900002102	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 DIANA SANTANA DOS SANTOS		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 / 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	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	55	MOD	1	122,00	0,00		S	21/07/20		Simone M. Santana
2	0085100153	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	54	MOD	1	122,00	0,00		S	21/07/20		Simone M. Santana
3	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	62		1	73,00	0,00		S	23/07/20		Simone M. Santana
4	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	72		1	73,00	0,00		S	30/07/20		Simone M. Santana
5	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	73,00	0,00		S	30/07/20		Simone M. Santana
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 463,00	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 do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 21/07/20 Simone M. Santana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338978

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/07/20	4-Data de Autorização 18/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7703711	7-Data Validade da Senha 12/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900002902	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 LAUDRUP MATHEUS CANTO VIEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANE PORTO DE CANTO		
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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18/07/20		N. Luciane
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00	0,00		S	18/07/20		N. Luciane
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-Cirúrgico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 95,00	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 do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/07/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 18/07/20 Luciane Porto de Canto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



338198

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/07/20	4-Data de Autorização 18/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7700073	7-Data Validade da Senha 11/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900001202	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 ROSELI FATIMA PERETTI BARBOZA	14-Telefone 10/11/1971	15-Nome do titular do plano LUIZ FERREIRA BARBOZA		

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 Enviar - RX (1) 81000421-RPSE (1) 81000421- (1) 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		

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	13/07/20		Roseli
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	13/07/20		Roseli
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	18/07/20		Roseli
4	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MV	1	88,00	0,00		S	18/07/20		Roseli
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/07/20		Roseli
6	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/07/20		Roseli
7	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		Roseli
8	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		Roseli
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 317,00	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, aceite 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

18/07/20 Roseli Barboza

52-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

18/07/20 Luiz Barboza

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-97



338971

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 14/07/20	3-Data de Autorização 18/07/20	4-Sexo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7703694	6-Grau Valioso da Guia 12/10/20
7-Endereço do Beneficiário					
8-Endereço da Clínica 00202527057900005801		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 WILLIAM PINHEIRO DA SILVA			14-Data de Nascimento 29/11/1991	15-Data Validade da Carteira / /	
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N CUNICA CANELENSE			17-Endereço do Profissional Solicitante N CUNICA CANELENSE	18-Número do CRO 21548	
19-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA			20-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA	21-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA	
22-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA			23-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA	24-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA	
25-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA			26-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA	
28-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
29-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
30-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
31-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
32-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
33-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
34-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
35-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
36-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
37-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
38-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
39-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
40-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
41-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
42-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
43-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
44-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
45-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
46-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
47-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
48-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
49-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
50-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
51-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
52-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
53-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
54-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
55-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
56-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
57-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
58-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
59-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
60-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
61-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
62-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
63-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
64-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
65-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
66-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
67-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
68-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
69-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
70-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
71-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
72-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
73-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
74-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
75-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
76-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
77-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
78-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
79-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
80-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
81-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
82-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
83-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
84-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
85-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
86-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
87-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
88-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
89-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
90-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
91-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
92-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
93-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
94-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
95-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
96-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
97-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
98-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
99-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					
100-Endereço do Profissional Avaliador NATALIA MAROCCO DE SOUZA					

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.

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
308,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
18/07/2020

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
18/07/2020

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



333817

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 333817	7-Data Validade da Senha 01/10/20
Dados do Beneficiário					
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-Nome do titular do plano ISRAEL AMARAL ZIMMER	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA 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-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
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	03/07/20		Israel
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 da 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

03/07/20 Natalia P. Souza

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/07/20 Israel Amaral Zimmer

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



340414

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2017	4-Data de Autorização 23/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7710448	7-Data Validade da Senha 14/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005003	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
FABIANO CHIES JUNIOR

14-Telefone
17/12/2002 () -

15-Nome do titular do plano
FABIANO CHIES

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

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		AO
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 Profissional Contratado 23/07/2017 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/2017 Fabiano Chies Junior	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--