

Odontolife
Inteligência para toda vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-47

921985
INTERCÂMBIO

Registro ANS 806414 2 Data de Emissão da Guia 25/01/2022 4 Data de Autorização 25/01/2022 5 Senha AUTORIZADO 6 Número da Guia Principal 9724312 7 Data Validade da Guia 23/01/2022

Nome do Paciente ANGELICA SILVA COUTINHO 8 Nome da Empresa POS REDE PRESTADORA 9 Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 10 Data Validade da Carteira 11/11/2022 12 Número do Cartão Nacional de Saúde

30/09/1990 13 Telefone 14 Nome do titular do plano ANGELICA SILVA COUTINHO

15 Assinatura e RN N 16 Nome do Profissional Substituto GRAZIELA DE SOUZA LEITE 17 Número no CRO 142669 18 UF SP 19 Código CBO S 025 - 20 Faturar Empresa 21 Código de Operadora (CNPJ) CPF 34057842802 22 Nome do Contratado Excedente GRAZIELA DE SOUZA LEITE 23 Número no CRO 142669 24 UF SP 25 Código CHES Enviar - RX 26 Assinatura do Profissional Excedente GRAZIELA DE SOUZA LEITE 27 Número no CRO 142669 28 UF SP 29 Código CBO S 025 - 30 Faturar Empresa

31 Plano de Tratamento / Projeção de Substituição

32 Tabela	33 Código do Procedimento	34 Descrição	35 Dentes/Região	36 Fase	37 Qtd	38 Quantidade US	39 Valor	40 Faturar/Co-participação R\$	41 Data de Realização	42 Material de Odontolife	43 Assinatura
1	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OP	1	8,810,00	0,110,00	0,110,00			
2	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	6,110,00	0,110,00	0,110,00			
3	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	8,810,00	0,110,00	0,110,00			
4	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,110,00	0,110,00	0,110,00			
5	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VO	1	8,810,00	0,110,00	0,110,00			
6	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6,110,00	0,110,00	0,110,00			
7	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6,110,00	0,110,00	0,110,00			
8	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	6,110,00	0,110,00	0,110,00			
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

44 Custo Previsto Total do Tratamento 45 Tipo de Faturamento 46 Total Quantidade US 47 Valor Total R\$ 48 Total Faturado / Co-participação R\$

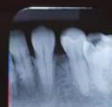
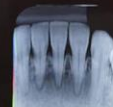
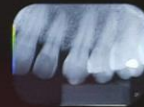
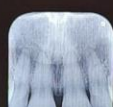
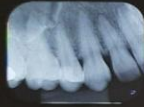
49 Observação

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

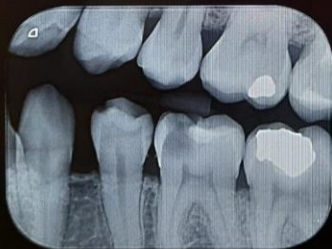




Paciente: Angelica Silva Coutinho
Data Nasc.: 30/09/1990 Idade: 31a.4m.
Data Ex.: 24/02/2022
Doutor: Odontolife
Nº Pedido: 32965



Paciente: Angelica Silva Coutinho
Data Nasc.: 30/09/1990 Idade: 31a.4m.
Data Ex.: 24/02/2022
Doutor: Odontolife
Nº Pedido: 32965

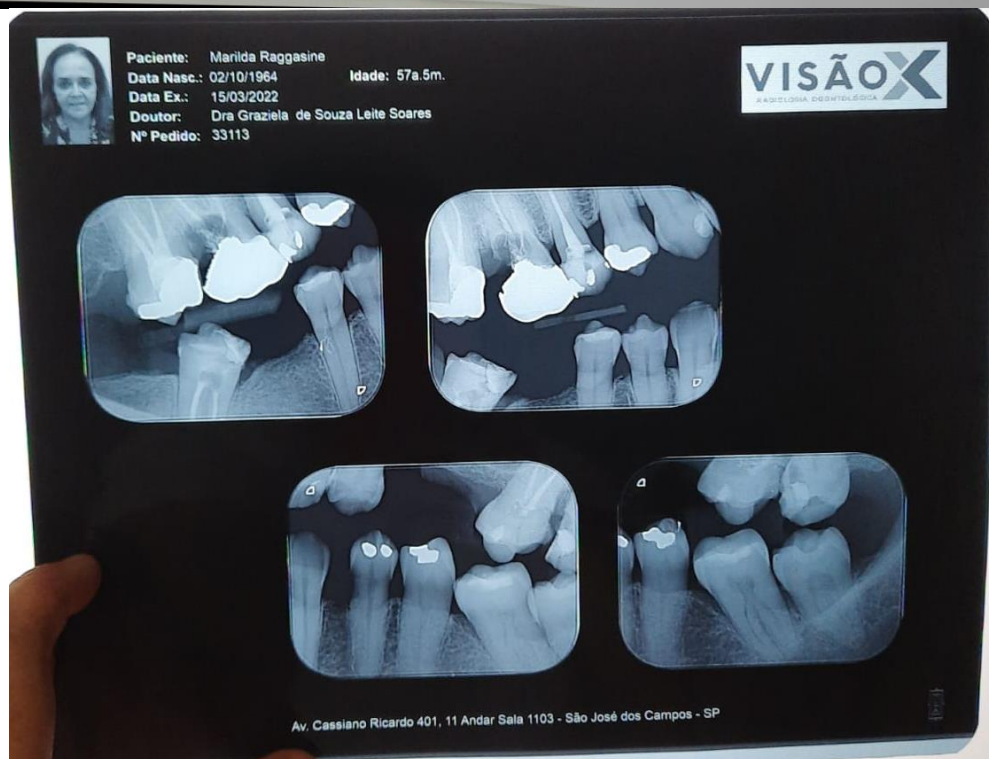


Paciente: Marilda Raggasine
Data Nasc.: 02/10/1964 Idade: 57a.5m.
Data Ex.: 15/03/2022
Doutor: Dra Graziela de Souza Leite Soares
Nº Pedido: 33113

VISÃO X
RADIOLOGIA DENTÁRIA

The image displays four periapical radiographs arranged in a 2x2 grid. The top-left radiograph shows the maxillary arch with a large amalgam restoration on the first premolar and a root canal filling in the second premolar. The top-right radiograph shows the maxillary arch with a large amalgam restoration on the first premolar and a root canal filling in the second premolar. The bottom-left radiograph shows the mandibular arch with a root canal filling in the first premolar and a root canal filling in the second premolar. The bottom-right radiograph shows the mandibular arch with a root canal filling in the first premolar and a root canal filling in the second premolar.

Av. Cassiano Ricardo 401, 11 Andar Sala 1103 - São José dos Campos - SP





GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.ª

909245
INTERCÂMBIO

1-Regime ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/03/2012	3-Data de Autorização 11/03/2012	4-Sessão AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 9687108	6-Data Validade da Guia 11/06/2012
8-Nome da Carteira 000202507930000010203		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa HORIZONS TELECOMUNICAÇÕES E	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome BEATRIZ MOREIRA BAPTISTA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO BAPTISTA	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELA DE SOUZA LEITE		18-Número no CRO 142669		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34057842802		22-Nome do Contratado Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE		23-Número no CRO 142669	
24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE		27-Número no CRO 142669		28-UF SP	
29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
30-Data Validade da Carteira					
31-Data Validade da Carteira					
32-Data Validade da Carteira					
33-Data Validade da Carteira					
34-Data Validade da Carteira					
35-Data Validade da Carteira					
36-Data Validade da Carteira					
37-Data Validade da Carteira					
38-Data Validade da Carteira					
39-Data Validade da Carteira					
40-Data Validade da Carteira					
41-Data Validade da Carteira					
42-Data Validade da Carteira					
43-Data Validade da Carteira					
44-Data Validade da Carteira					
45-Data Validade da Carteira					
46-Data Validade da Carteira					
47-Data Validade da Carteira					
48-Data Validade da Carteira					
49-Data Validade da Carteira					
50-Data Validade da Carteira					
51-Data Validade da Carteira					
52-Data Validade da Carteira					
53-Data Validade da Carteira					
54-Data Validade da Carteira					
55-Data Validade da Carteira					
56-Data Validade da Carteira					
57-Data Validade da Carteira					
58-Data Validade da Carteira					
59-Data Validade da Carteira					
60-Data Validade da Carteira					
61-Data Validade da Carteira					
62-Data Validade da Carteira					
63-Data Validade da Carteira					
64-Data Validade da Carteira					
65-Data Validade da Carteira					
66-Data Validade da Carteira					
67-Data Validade da Carteira					
68-Data Validade da Carteira					
69-Data Validade da Carteira					
70-Data Validade da Carteira					
71-Data Validade da Carteira					
72-Data Validade da Carteira					
73-Data Validade da Carteira					
74-Data Validade da Carteira					
75-Data Validade da Carteira					
76-Data Validade da Carteira					
77-Data Validade da Carteira					
78-Data Validade da Carteira					
79-Data Validade da Carteira					
80-Data Validade da Carteira					
81-Data Validade da Carteira					
82-Data Validade da Carteira					
83-Data Validade da Carteira					
84-Data Validade da Carteira					
85-Data Validade da Carteira					
86-Data Validade da Carteira					
87-Data Validade da Carteira					
88-Data Validade da Carteira					
89-Data Validade da Carteira					
90-Data Validade da Carteira					
91-Data Validade da Carteira					
92-Data Validade da Carteira					
93-Data Validade da Carteira					
94-Data Validade da Carteira					
95-Data Validade da Carteira					
96-Data Validade da Carteira					
97-Data Validade da Carteira					
98-Data Validade da Carteira					
99-Data Validade da Carteira					
100-Data Validade da Carteira					

31-Data Validade da Carteira

32-Data Validade da Carteira

33-Data Validade da Carteira

34-Data Validade da Carteira

35-Data Validade da Carteira

36-Data Validade da Carteira

37-Data Validade da Carteira

38-Data Validade da Carteira

39-Data Validade da Carteira

40-Data Validade da Carteira

41-Data Validade da Carteira

42-Data Validade da Carteira

43-Data Validade da Carteira

44-Data Validade da Carteira

45-Data Validade da Carteira

46-Data Validade da Carteira

47-Data Validade da Carteira

48-Data Validade da Carteira

49-Data Validade da Carteira

50-Data Validade da Carteira

51-Data Validade da Carteira

52-Data Validade da Carteira

53-Data Validade da Carteira

54-Data Validade da Carteira

55-Data Validade da Carteira

56-Data Validade da Carteira

57-Data Validade da Carteira

58-Data Validade da Carteira

59-Data Validade da Carteira

60-Data Validade da Carteira

61-Data Validade da Carteira

62-Data Validade da Carteira

63-Data Validade da Carteira

64-Data Validade da Carteira

65-Data Validade da Carteira

66-Data Validade da Carteira

67-Data Validade da Carteira

68-Data Validade da Carteira

69-Data Validade da Carteira

70-Data Validade da Carteira

71-Data Validade da Carteira

72-Data Validade da Carteira

73-Data Validade da Carteira

74-Data Validade da Carteira

75-Data Validade da Carteira

76-Data Validade da Carteira

77-Data Validade da Carteira

78-Data Validade da Carteira

79-Data Validade da Carteira

80-Data Validade da Carteira

81-Data Validade da Carteira

82-Data Validade da Carteira

83-Data Validade da Carteira

84-Data Validade da Carteira

85-Data Validade da Carteira

86-Data Validade da Carteira

87-Data Validade da Carteira

88-Data Validade da Carteira

89-Data Validade da Carteira

90-Data Validade da Carteira

91-Data Validade da Carteira

92-Data Validade da Carteira

93-Data Validade da Carteira

94-Data Validade da Carteira

95-Data Validade da Carteira

96-Data Validade da Carteira

97-Data Validade da Carteira

98-Data Validade da Carteira

99-Data Validade da Carteira

100-Data Validade da Carteira

Odontolife
Instituição para Assistência

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4"



909229
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/10/2012	4-Data de Autorização 16/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9687043	7-Data Validade da Senha 14/10/2012
8-Número da Carteira 000202507930000010202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORIZONS TELECOMUNICACOES E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLA MOREIRA BAPTISTA		14-Telefone 08/07/1984	15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO BAPTISTA		
16-Abordamento e RPN N		17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	18-Número no CRO 142669	19-LUF SP	20-Código CRO S
21-Código da Operação: CNPJ / CPF 34057842802		22-Nome do Contratado Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	23-Número no CRO 142669	24-LUF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE		27-Número no CRO 142669	28-LUF SP	29-Código CRO S	025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Pagão	34-Face	35-Clid	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					X Carla
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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a 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 16/10/2012	53-Data, local e Carimbo de Empresa / /
--	--	---	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

902371
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2022	4-Data de Autorização 10/03/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9664901	7-Data Validade da Senha 08/06/2022							
Dados do Beneficiário:												
8-Número da Carteira 002020254628620000010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome DARLENE GOMES CAINE		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano DARLENE GOMES CAINE									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	18-Número no CRO 142669	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34057842802	22-Nome do Contratado Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	23-Número no CRO 142669	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	27-Número no CRO 142669	28-UF SP	29-Código CBO S									
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cessa	42-Assinatura
1	0016100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidade US 3400												
47-Valor Total R\$ 0,00												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a 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 23/02/22												
53-Data, local e Caimbo da Empresa / /												



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

888599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (2)3/10/2022	4-Data de Autorização (2)3/10/2022	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 9621262	7-Data Validade da Senha (2)4/10/2022
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira (0)02025458188000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARILDA RAGGASINE		14-Teléfono () / /	15-Nome do titular do plano MARILDA RAGGASINE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	18-Número no CRO 142669	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3)4057842802	22-Nome do Contratado Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE	23-Número no CRO 142669	24-UF SP	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE		27-Número no CRO 142669	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-001851100200	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 27 MO	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 8800
37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 000	39-Aut S	40-Data de Realização / /	41-Motivo da Oclus 42-Assinatura	
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 8800	47-Valor Total R\$ 000	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), 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		



926009
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/2013 4-Data de Autorização 12/09/2013 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9737042 7-Data Validade da Senha 12/07/2016

8-Número da Carteira 1002020254225170000078031 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LCD ENGENHARIA CONSTRUCOES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA LUIZA CIDADE IRIE 14-Telefone 15/08/2006 15-Data de Realização 16-Nome do titular do plano VALTER IRIE

18-Abandono a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante GRAZIELA DE SOUZA LEITE 18-Número no CRO 142669 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34057842802 22-Nome do Contratado Específico GRAZIELA DE SOUZA LEITE 23-Número no CRO 142669 24-UF SP 25-Código CMES

26-Nome do Profissional Executante GRAZIELA DE SOUZA LEITE 27-Número no CRO 142669 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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					
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-Totalmente 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 referências ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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