



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autuação / /	5-Senhã PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 448646	7-Data Validade da Senhã 06/04/21
--------------------------	---------------------------------------	---------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

6-Número da Carteira	000202527057900008001
13-Mônimo	
8-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	RIO JORDAO PAPEIS SA
11-Data Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

Dietas do Contestado Responsável pelo Tratamento	
JEANCARLO VENES	20/01/1977
14-1 Gafoneiro () () () () () () () () () () () () () ()	12-2 Gafoneiro das águas do primeiro 12-2 Gafoneiro das águas do primeiro
JEANCARLO VENES	

N	CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CRO S 10
---	-------------------	---------------------------	-------------	-----------------------

25-Nome do Profissional Executante							
0	6	0	3	4	4	4	
1	2	6	5	8			
NATALIA MAROCCO DE SOUZA							
							23-Minuto no CRO 21548
							24-Juf RS
							25-Código CNIES

Plano de Tratamento / Procedimentos Seducivos	21548	RS	
---	-------	----	--

[illegible]

2 -

0

10

11

12

[illegible]

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



459355

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 21/11/2011		4-Data de Autuação 21/11/2011		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8218901		7-Data Validade da Semeta 21/11/2011		
8-Número da Carteira 00020225270579000000501		9-Patente POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAREIS SA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /				
13-Nome PAULO SERGIO DO AMARAL		14-Endereço 2011/1963		15-Telefone () 9 9 5 5 3 6 6		16-Data Validade da Carteira / /		17-Nome do Titular do Plano PAULO SERGIO DO AMARAL				
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 0803442658		24-Nome do Contratado Exatidão NATALIA MAROCCO DE SOUZA		25-Número no CRO 21548		26-UF RS		27-Código CBO S /		Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100200		
28-Nome do Profissional Exatidão NATALIA MAROCCO DE SOUZA												
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Qntd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria da Guia	42-Assinatura
1-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1	12,20	0,00			2011/11/21		Paul
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6,10	0,00			2011/11/21		Paul
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VD	1	8,80	0,00			2011/11/21		Paul
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	6,10	0,00			2011/11/21		Paul
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00			2011/11/21		Paul
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00			2011/11/21		Paul
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00			2011/11/21		Paul
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00			2011/11/21		Paul
9-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3,50	0,00			2011/11/21		Paul
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
13-Data Previsto Término do Tratamento		14-Tipo de Atendimento		15-Tipo de Faturamento		16-Total Quantidade US		17-Total Quantidade R\$		18-Total Quantidade R\$		
/ /		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		472,00		0,00		0,00		

Declaro, que após ter sido devidamente assistido 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação:
Alterada a Guia de temporária para definitiva.

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

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
22/11/2011 NATALIA MAROCCO DE SOUZA

52-Data local e Assinatura do Profissional Responsável
22/11/2011 Paulo S. do Amaral

53-Data local e Assinatura da Empresa
/ /

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



456185

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/08/10 11/12/11		4-Data de Autuação 21/08/10 11/12/11		5-Sinistro AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8206045		7-Data Validade da Guia 11/08/10 11/12/11	
8-Número da Carteira 01002101252705790000011202		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validade da Carteira 11/11/1971		12-Nome do Médico Responsável pelo Tratamento ROSELI FATIMA PERETTI BARBOZA		13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Endereço do Consultório N CLINICA CANELENSE		15-Nome do Profissional Solicitante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		16-Número no CRO 21548		17-UF RS		18-Código CBO S 10		19-Faturar Empresa	
20-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		21-Número no CRO 21548		22-UF RS		23-Código CBO S 10		24-Faturar Empresa		25-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Paciente		34-Faixa		35-Quantidade US	
1-0101821000859		EXODONTIA DE RAIZ		26		1		73100		36-Preço Unitário	
2-0101851100196		RESTAURAÇÃO RESINA		13		V		61100		37-Valor	
3-1								0100		38-Fratura Caracterização R\$	
4-1								0100		39-Atividade no Tratamento	
5-1								0100		40-Valor da Avaliação	
6-1								0100		41-Valor da Avaliação	
7-1								0100		42-Valor da Avaliação	
8-1								0100		43-Valor da Avaliação	
9-1								0100		44-Valor da Avaliação	
10-1								0100		45-Valor da Avaliação	
11-1								0100		46-Valor da Avaliação	
12-1								0100		47-Valor da Avaliação	
13-1								0100		48-Valor da Avaliação	
14-1								0100		49-Valor da Avaliação	
15-1								0100		50-Valor da Avaliação	
16-1								0100		51-Valor da Avaliação	
17-1								0100		52-Valor da Avaliação	
18-1								0100		53-Valor da Avaliação	
19-1								0100		54-Valor da Avaliação	
20-1								0100		55-Valor da Avaliação	
21-1								0100		56-Valor da Avaliação	
22-1								0100		57-Valor da Avaliação	
23-1								0100		58-Valor da Avaliação	
24-1								0100		59-Valor da Avaliação	
25-1								0100		60-Valor da Avaliação	
26-1								0100		61-Valor da Avaliação	
27-1								0100		62-Valor da Avaliação	
28-1								0100		63-Valor da Avaliação	
29-1								0100		64-Valor da Avaliação	
30-1								0100		65-Valor da Avaliação	
31-1								0100		66-Valor da Avaliação	
32-1								0100		67-Valor da Avaliação	
33-1								0100		68-Valor da Avaliação	
34-1								0100		69-Valor da Avaliação	
35-1								0100		70-Valor da Avaliação	
36-1								0100		71-Valor da Avaliação	
37-1								0100		72-Valor da Avaliação	
38-1								0100		73-Valor da Avaliação	
39-1								0100		74-Valor da Avaliação	
40-1								0100		75-Valor da Avaliação	
41-1								0100		76-Valor da Avaliação	
42-1								0100		77-Valor da Avaliação	
43-1								0100		78-Valor da Avaliação	
44-1								0100		79-Valor da Avaliação	
45-1								0100		80-Valor da Avaliação	
46-1								0100		81-Valor da Avaliação	
47-1								0100		82-Valor da Avaliação	
48-1								0100		83-Valor da Avaliação	
49-1								0100		84-Valor da Avaliação	
50-1								0100		85-Valor da Avaliação	
51-1								0100		86-Valor da Avaliação	
52-1								0100		87-Valor da Avaliação	
53-1								0100		88-Valor da Avaliação	
54-1								0100		89-Valor da Avaliação	
55-1								0100		90-Valor da Avaliação	
56-1								0100		91-Valor da Avaliação	
57-1								0100		92-Valor da Avaliação	
58-1								0100		93-Valor da Avaliação	
59-1								0100		94-Valor da Avaliação	
60-1								0100		95-Valor da Avaliação	
61-1								0100		96-Valor da Avaliação	
62-1								0100		97-Valor da Avaliação	
63-1								0100		98-Valor da Avaliação	
64-1								0100		99-Valor da Avaliação	
65-1								0100		100-Valor da Avaliação	



1-Registro ANS	406414
2-Cidade de Emissão da Guia	2 8 // 0 1 // 2 1
3-Cidade de Autógrafa	2 8 // 0 1 // 2 1
4-Senha	AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal	8245158
6-Data Validade da Senha	2 8 // 0 4 // 2 1

464525

13-Nome CARLA SIMONE FERREIRA										14-1 Telefone () - - - - -										15-Nome do titular do plano ALVARO AFONSO MACHADO																													
16-Data do Contrato Respostável pelo Tratamento 12/07/1976										17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE										18-Numero 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 Específico NATALIA MAROCCO DE SOUZA										23-Numero no CRO 21548										24-UF RS										25-Código CNES									
26-Nome do Profissional Executor NATALIA MAROCCO DE SOUZA										27-Numero no CRO 21548										28-UF RS										29-Código CBO S																			
210-Empresa POS REDE PRESTADORA										211-Caixa Validada da Carteira RIO JORDAO PAPEIS SA										212-Numero do Cartão Nacional de Saúde																													

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente assistido sobre os produtos, 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 em contrato. Declaro, ainda que (o/s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), (o/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 relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

	49- Observação
50-Dados locais e Assinatura de Clientes/Dentistas Solicitantes	51-Dados locais e Assinatura do(a) Cliente Dentista
52-Dados locais e Assinatura do(a) Cliente / Responsável	53-Dados locais e Assinatura da Empresa

[illegible]

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



464867

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/8/10/1/2/1		4-Dia de Autorização 1/1/1/1/1		5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Número da Guia Principal 464867		7-Dia Validação da Senha 12/8/10/4/1/2/1	
8-Número da Carteira 000202527057900014702		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Dia Validade da Carteira 1/1/1/1/1		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ALESSANDRA SCHUSTER		16/08/1991		14-Telefone () 3127816250		15-Nome do titular do plano DIONE PINTO DA SILVA					
16-Atendimento a RV 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 Exoculante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548		24-UF RS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Exoculante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-1-Abela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Válido	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Material da Clínica e/ou Laboratório
1-00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3400		000	N	28/01/21	Juvenal
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Dia Presença Técnico do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Nome Residência	46-Endereço	47-Telefone/Fax	48-Tipo de Tratamento	49-Tipo 2-Atividade	50-Tipo de Tratamento	51-Tipo 2-Atividade	52-Tipo de Tratamento	53-Tipo 2-Atividade	54-Tipo de Tratamento
1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1	1/1/1/1/1/1

Declaro, que após ter sido devidamente analisado sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os dados prestados em contrato. Declaro, ainda que (c) procedimentos (d) decisão (e) por mim assinado(s). (f) 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 essa declaração, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

43-Observação

55-Dia local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante

28/01/21 Natália Marocco de Souza

28/01/21 Juvenal

56-Cópia local e Assinatura da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



459351

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 21/10/11 21	4-Dia de Autorização 21/10/11 21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218839	7-Guia Validada até Sexta 21/10/11 21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00020201251705790001129021	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome POLYANA FERREIRA SOUZA	15/01/2007	16-1ª Relação ()	15-Nome do titular no plano EMERSON ROBERTO SOUZA	

18-Abandono a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA CANELENSE	22-Nome do Contratado Exequente NATALIA MAROCCO DE SOUZA	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08103442658	22-Nome do Contratado Exequente NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	26-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cód	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6,10,00	0,00	0,00	S
2-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00	0,00	S
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	S
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	S
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	S
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	35,00	0,00	0,00	S
7-00									
8-00									
9-00									
10-00									
11-00									
12-00									
13-00									
14-00									
15-00									

30-Data local e Assinatura de Cuidado Dentiário Solicitante / /	31-Data local e Assinatura do Dentista Responsável 22/10/11 01, por 34	32-Data local e Assinatura de Recebimento e Faturamento / /	33-Data local e Assinatura da Empresa / /
--	---	--	--

2-N²

1-Registro ANS 406414		3-Dat. Emissão da Guia 12/1/01/21		4-Data de Autocitação 12/1/01/21		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8218799		7-Dato Validado na Sentença 12/1/04/21	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 01012025270517900012129011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data Validada da Carteira 11/1/1/11		12-Número do Cad. Nacional da Saúde	
13-Nome EMERSON ROBERTO SOUZA											
Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 03/10/1976											
15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548		19-UF RS		20-Código CBO 8 10		Faturat Empresa Enviar - RX (1) 85100218	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Especialista NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548		24-UF RS		25-Código CNE/S 26-Código CBO 5		28-UF RS	
25-Nome do Profissional Especialista NATALIA MAROCCO DE SOUZA											

30-Ítabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação (R\$)	39-Mat	40-Costa de Realização	41-Matéria de Gasto 42-Material
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				6 1 0 0	0 0 0		S	21 0 21	
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				6 1 0 0	0 0 0		S	21 0 21	
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				6 1 0 0	0 0 0		S	21 0 21	
4-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8				1 2 2 0 0	0 0 0		S	23 0 23	
5-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9				7 3 0 0	0 0 0		S	26 0 26	
6-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9				7 3 0 0	0 0 0		S	26 0 26	
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6				6 1 0 0	0 0 0		S	22 0 22	
8-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5 0 0	0 0 0		S	25 0 25	
9-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5 0 0	0 0 0		S	25 0 25	
10-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5 0 0	0 0 0		S	25 0 25	
11-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8				3 5 0 0	0 0 0		S	25 0 25	
12											
13											
14											
15											

43-Dados Previstos Tabela de Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Realização

46-Tipo de Realização

47-Tipo de Realização

48-Tipo de Realização

49-Tipo de Realização

50-Tipo de Realização

51-Tipo de Realização

52-Tipo de Realização

53-Tipo de Realização

54-Tipo de Realização

55-Tipo de Realização

56-Tipo de Realização

57-Tipo de Realização

58-Tipo de Realização

59-Tipo de Realização

60-Tipo de Realização

61-Tipo de Realização

62-Tipo de Realização

63-Tipo de Realização

64-Tipo de Realização

65-Tipo de Realização

66-Tipo de Realização

67-Tipo de Realização

68-Tipo de Realização

69-Tipo de Realização

70-Tipo de Realização

71-Tipo de Realização

72-Tipo de Realização

73-Tipo de Realização

74-Tipo de Realização

75-Tipo de Realização

76-Tipo de Realização

77-Tipo de Realização

78-Tipo de Realização

79-Tipo de Realização

80-Tipo de Realização

81-Tipo de Realização

82-Tipo de Realização

83-Tipo de Realização

84-Tipo de Realização

85-Tipo de Realização

86-Tipo de Realização

87-Tipo de Realização

88-Tipo de Realização

89-Tipo de Realização

90-Tipo de Realização

91-Tipo de Realização

92-Tipo de Realização

93-Tipo de Realização

94-Tipo de Realização

95-Tipo de Realização

96-Tipo de Realização

97-Tipo de Realização

98-Tipo de Realização

99-Tipo de Realização

100-Tipo de Realização

101-Tipo de Realização

102-Tipo de Realização

103-Tipo de Realização

104-Tipo de Realização

105-Tipo de Realização

106-Tipo de Realização

107-Tipo de Realização

108-Tipo de Realização

109-Tipo de Realização

110-Tipo de Realização

111-Tipo de Realização

112-Tipo de Realização

113-Tipo de Realização

114-Tipo de Realização

115-Tipo de Realização

116-Tipo de Realização

117-Tipo de Realização

118-Tipo de Realização

119-Tipo de Realização

120-Tipo de Realização

121-Tipo de Realização

122-Tipo de Realização

123-Tipo de Realização

124-Tipo de Realização

125-Tipo de Realização

126-Tipo de Realização

127-Tipo de Realização

128-Tipo de Realização

129-Tipo de Realização

130-Tipo de Realização

131-Tipo de Realização

132-Tipo de Realização

133-Tipo de Realização

134-Tipo de Realização

135-Tipo de Realização

136-Tipo de Realização

137-Tipo de Realização

138-Tipo de Realização

139-Tipo de Realização

140-Tipo de Realização

141-Tipo de Realização

142-Tipo de Realização

143-Tipo de Realização

144-Tipo de Realização

145-Tipo de Realização

146-Tipo de Realização

147-Tipo de Realização

148-Tipo de Realização

149-Tipo de Realização

150-Tipo de Realização

151-Tipo de Realização

152-Tipo de Realização

153-Tipo de Realização

154-Tipo de Realização

155-Tipo de Realização

156-Tipo de Realização

157-Tipo de Realização

158-Tipo de Realização

159-Tipo de Realização

160-Tipo de Realização

161-Tipo de Realização

162-Tipo de Realização

163-Tipo de Realização

164-Tipo de Realização

165-Tipo de Realização

166-Tipo de Realização

167-Tipo de Realização

168-Tipo de Realização

169-Tipo de Realização

170-Tipo de Realização

171-Tipo de Realização

172-Tipo de Realização

173-Tipo de Realização

174-Tipo de Realização

175-Tipo de Realização

176-Tipo de Realização

177-Tipo de Realização

178-Tipo de Realização

179-Tipo de Realização

180-Tipo de Realização

181-Tipo de Realização

182-Tipo de Realização

183-Tipo de Realização

184-Tipo de Realização

185-Tipo de Realização

186-Tipo de Realização

187-Tipo de Realização

188-Tipo de Realização

189-Tipo de Realização

190-Tipo de Realização

191-Tipo de Realização

192-Tipo de Realização

193-Tipo de Realização

194-Tipo de Realização

195-Tipo de Realização

196-Tipo de Realização

197-Tipo de Realização

198-Tipo de Realização

199-Tipo de Realização

200-Tipo de Realização

201-Tipo de Realização

202-Tipo de Realização

203-Tipo de Realização

204-Tipo de Realização

205-Tipo de Realização

206-Tipo de Realização

207-Tipo de Realização

208-Tipo de Realização

209-Tipo de Realização

210-Tipo de Realização

211-Tipo de Realização

212-Tipo de Realização

213-Tipo de Realização

214-Tipo de Realização

215-Tipo de Realização

216-Tipo de Realização

217-Tipo de Realização



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3-4º



459337

406414	211011211	211011211	AUTORIZADO	8218799	211041211
EMERSON ROBERTO SOUZA			03/10/1976	RIO JORDAO PAPEIS SA	EMERSON ROBERTO SOUZA
CLÍNICA CANELENSE			21548	21548	10
NATALIA MAROCCO DE SOUZA			21548	RS	RS
Faturar Empresa			Enviar - RX		
(01) 85100218					

30-7-2014	31-Código do Procedimento	32-Quantidade	33-Código Regime	34-Tipo	35-Quantidade US	36-Valor	38-Franquise/Co-participação R\$	39-Valor	40-Cota de Realização	41-Valor da Cota	42-Valor
1-00	85100196	46	V	1	61000	0000		21	0021		
2-00	85100196	16	M	1	61000	0000		21	0121		
3-00	85100196	36	O	1	61000	0000		23	0123		
4-00	85100218	25	OMP	1	122000	0000		23	0123		
5-00	820100859	26		1	73000	0000		26	0126		
6-00	820100859	27		1	73000	0000		26	0126		
7-00	85100196	22	P	1	61000	0000		29	0129		
8-00	840100198			1	35000	0000		29	0129		
9-00	840100198			1	35000	0000		29	0129		
10-00	840100198			1	35000	0000		29	0129		
11-00	840100198			1	35000	0000		29	0129		
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

43-Cota Prevista Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquise/Co-participação R\$
			652100	0000	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceitar e autorizar 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(s) 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-Cadastral e Assinatura do Cuidador Dentista Solicitante	51-Cadastral e Assinatura do Profissional Operador	52-Cadastral e Assinatura do Intermediário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa		

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3x4



459507

408414	21/01/21	21/01/21	21/01/21
Pendente de liberação		Pendente de liberação	
Pendente de liberação		Pendente de liberação	

00202527057900012903	POS REDE PRESTADORA	RIO JORDAO PAPEIS SA	EMERSON ROBERTO SOUZA
WILLIAM FERREIRA SOUZA		19/01/2005	

0803442658	CUNICA CANELENSE	NATALIA MAROCCO DE SOUZA	21548	21548	RS	RS	21548	RS	21548
NATALIA MAROCCO DE SOUZA		NATALIA MAROCCO DE SOUZA		NATALIA MAROCCO DE SOUZA		NATALIA MAROCCO DE SOUZA		NATALIA MAROCCO DE SOUZA	

0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00

43-Dados Pessoais	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quilates US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
43-Dados Pessoais	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Quilates US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$

50-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista Solucionista	51-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista	52-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista	53-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista
50-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista Solucionista	51-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista	52-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista	53-Dados Local e Assinatura de Cargos-Dentista

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro NMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/21	4-Data de Autenticação 11/11/21	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 459509	7-Data Validade da Senha 21/04/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 7 9 0 0 0 1 2 9 0 4	9-Empresa POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Dia da Validade da Carteira / / / / / / / / / /	12-Número do Cartão
---	----------------------------------	------------------------------------	---	---------------------

13-Nome	CRISTIANE MARIA FERREIRA SOUZA
Direta do Contrato Responsável pelo Tráfego	30/03/1976
14-Teléfono	() -
15-Nome do titular do plano	EMERSON ROBERTO SOUZA

15-Atribuição a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO
N	CLÍNICA CANELENSE	21548	RS	10

21-Código na Operação: CNPJ / CPF	08034442658
22-Nome do Contribuinte Exatidão	NATALIA MAROCCO DE SOUZA
23-Número no CNIO	21548
24-UF	RS
25-Código CRIES	

26-Nome do Profissional Especificado NATALIA MAROCCO DE SOUZA	27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código do CBO 3
---	----------------------------------	--------------------	------------------------------

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Roçelo	34- Faixa	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Cotoparticipação R\$	39- Aut.	40- Data de Realização	41- Médico da Clínica	42- Assinatura
1-0 0 8 1 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA							N	21/01/21	José Carlos	<i>[Assinatura]</i>

30-Dados local e Assinatura de Cargos-Diretoria Sd-Admin	
31-Dados local e Assinatura de Cargos-Diretoria Sd-Admin	
32-Dados local e Assinatura de Cargos-Diretoria Sd-Admin	
33-Dados local e Assinatura de Cargos-Diretoria Sd-Admin	

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



451966

1-Região ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/21

4-Data de Autocópia
18/01/21

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8187855

7-Data Validade da Sineta
12/04/21

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

9-Plano
RIO JORDAO PAPEIS SA

10-Telefone
() -

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Data Validade da Guia
12/04/21

13-Data Validade da Guia
12/04/21

14-Data Validade da Guia
12/04/21

15-Data Validade da Guia
12/04/21

16-Data Validade da Guia
12/04/21

17-Data Validade da Guia
12/04/21

18-Data Validade da Guia
12/04/21

19-Data Validade da Guia
12/04/21

20-Data Validade da Guia
12/04/21

21-Data Validade da Guia
12/04/21

22-Data Validade da Guia
12/04/21

23-Data Validade da Guia
12/04/21

24-Data Validade da Guia
12/04/21

25-Data Validade da Guia
12/04/21

26-Data Validade da Guia
12/04/21

27-Data Validade da Guia
12/04/21

28-Data Validade da Guia
12/04/21

29-Data Validade da Guia
12/04/21

30-Data Validade da Guia
12/04/21

31-Data Validade da Guia
12/04/21

32-Data Validade da Guia
12/04/21

33-Data Validade da Guia
12/04/21

34-Data Validade da Guia
12/04/21

35-Data Validade da Guia
12/04/21

36-Data Validade da Guia
12/04/21

37-Data Validade da Guia
12/04/21

38-Data Validade da Guia
12/04/21

39-Data Validade da Guia
12/04/21

40-Data Validade da Guia
12/04/21

41-Data Validade da Guia
12/04/21

42-Data Validade da Guia
12/04/21

43-Data Validade da Guia
12/04/21

44-Data Validade da Guia
12/04/21

45-Data Validade da Guia
12/04/21

1-Região ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/21

4-Data de Autocópia
18/01/21

5-Sineta
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8187855

7-Data Validade da Sineta
12/04/21

8-Plano
POS REDE PRESTADORA

9-Plano
RIO JORDAO PAPEIS SA

10-Telefone
() -

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Data Validade da Guia
12/04/21

13-Data Validade da Guia
12/04/21

14-Data Validade da Guia
12/04/21

15-Data Validade da Guia
12/04/21

16-Data Validade da Guia
12/04/21

17-Data Validade da Guia
12/04/21

18-Data Validade da Guia
12/04/21

19-Data Validade da Guia
12/04/21

20-Data Validade da Guia
12/04/21

21-Data Validade da Guia
12/04/21

22-Data Validade da Guia
12/04/21

23-Data Validade da Guia
12/04/21

24-Data Validade da Guia
12/04/21

25-Data Validade da Guia
12/04/21

26-Data Validade da Guia
12/04/21

27-Data Validade da Guia
12/04/21

28-Data Validade da Guia
12/04/21

29-Data Validade da Guia
12/04/21

30-Data Validade da Guia
12/04/21

31-Data Validade da Guia
12/04/21

32-Data Validade da Guia
12/04/21

33-Data Validade da Guia
12/04/21

34-Data Validade da Guia
12/04/21

35-Data Validade da Guia
12/04/21

36-Data Validade da Guia
12/04/21

37-Data Validade da Guia
12/04/21

38-Data Validade da Guia
12/04/21

39-Data Validade da Guia
12/04/21

40-Data Validade da Guia
12/04/21

41-Data Validade da Guia
12/04/21

42-Data Validade da Guia
12/04/21

43-Data Validade da Guia
12/04/21

44-Data Validade da Guia
12/04/21

45-Data Validade da Guia
12/04/21

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtde	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Cop-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6,10,00	0,00	0,00				
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	6,10,00	0,00	0,00				
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6,10,00	0,00	0,00				
4-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	7,30,00	0,00	0,00				
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50,00	0,00	0,00				
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50,00	0,00	0,00				
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50,00	0,00	0,00				
8-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50,00	0,00	0,00				
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Cop-participação R\$

49-Descrição

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Assistente Odontológico

52-Data, local e Assinatura do Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/01/2011

4-Data de Autopreenço
11/01/11

5-Símbolo
PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal
455991

455991

8-Número da Carteira
1002025277057900001202

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
RIO JORDAO PAPEIS SA

11-Data Validade da Carteira
11/01/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ROSELI FATIMA PERETTI BARBOZA

14-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

15-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

16-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

17-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

18-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

19-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

20-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

21-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

22-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

23-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

24-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

25-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

26-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

27-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

28-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

29-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

30-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

31-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

32-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

33-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

34-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

35-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

36-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

37-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

38-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

39-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

40-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

41-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

42-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

43-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

44-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

45-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

46-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

47-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

48-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

49-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

50-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

51-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

52-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

53-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

54-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

55-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

56-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

57-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

58-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

59-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

60-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

61-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

62-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

63-Endereço do Profissional Solicitante
CLINICA CANELENSE

64-Endereço do Contato Responsável pelo Tratamento
10/11/1971

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



444517

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/12/20	4-Data de Autorização 18/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8160988	7-Data Validade da Senha 21/03/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202531155000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome KELLY CRISTINA CELINGA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KELLY CRISTINA CELINGA									
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 () 85100200							
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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00		S	19/01/21		Kelly
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	19/01/21		Kelly
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	22/01/21		Kelly
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	22/01/21		Kelly
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Kelly
6	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Kelly
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Kelly
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Kelly
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 411,00	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 19/01/21 Natália Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/01/21 Kelly Cristina Celing	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /									



30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Flanco	35- Qnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cixa	42- Assinatura
1	0 0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4	0 0	0 0 0 0		13/01/21		
2		CONSULTA ODONTOLÓGICA										
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 Fractamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantificável US

3 4 0 0

47- Valor Total R\$

0 0 0 0

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 obrigações 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 realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o Operador 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- Ocorrência

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-49



1-Registro ABO 406414

3-Data de Emissão na Guia 13/01/21

4-Data de Autuação PENDENTE DE LIBERAÇÃO

5-Sentença 453276

6-Data Validade da Sentença 13/04/21

453276

7-Data de Cadastro 02/02/21

8-Plano POS REDE PRESTADORA

9-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA

10-Data Validade da Carteira

11-Número de Cartão Nacional de Saúde

12-Nome POLYANA FERREIRA SOUZA

13-Data 15/01/2007

14-Telefone

15-Nome do Sítio no plano EMERSON ROBERTO SOUZA

16-Atendimento a RV N

17-Nome do Profissional Escrutado CLINICA CANELENSE

18-Número no CRO 21548

19-UF RS

20-Código CBO S 10

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034412658

22-Nome do Consultório Escrutado NATALIA MAROCCO DE SOUZA

23-Número no CRO 21548

24-UF RS

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Escrutado NATALIA MAROCCO DE SOUZA

27-Número no CRO 21548

28-UF RS

29-Código CBO S

30-Atividade 31-Código do Procedimento 32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Data Realção 34-Faixa 35-Cor 36-Quantidade US

37-Valor 38-Quantidade US

39-Valor 40-Quantidade US

41-Valor 42-Quantidade US

43-Valor 44-Quantidade US

45-Valor 46-Quantidade US

47-Valor 48-Quantidade US

49-Valor 50-Quantidade US

51-Valor 52-Quantidade US

53-Valor 54-Quantidade US

55-Valor 56-Quantidade US

57-Data Final do Tratamento

58-Tipo de Atendimento

59-Tipo de Atendimento

60-Tipo de Atendimento

61-Tipo de Atendimento

62-Tipo de Atendimento

63-Tipo de Atendimento

64-Tipo de Atendimento

65-Tipo de Atendimento

66-Tipo de Atendimento

67-Tipo de Atendimento

68-Tipo de Atendimento

69-Tipo de Atendimento

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, sou o autor a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações do profissional assistente e atuar como os dados previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 assina esta documentação, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-se a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

55-Data local e Assinatura de Crispina Dantas Souza

56-Data local e Assinatura de Crispina Dantas Souza

57-Data local e Assinatura de Crispina Dantas Souza

58-Data local e Assinatura de Crispina Dantas Souza

59-Data local e Assinatura de Crispina Dantas Souza

60-Data local e Assinatura de Crispina Dantas Souza



1-Registro ANS 406414		3-Dia da Carta 0 7 / 1 1 2 / 2 0		4-Dia de Autuação 0 1 / 1 0 2 / 2 1		5-Sistema AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8121857		7-Dia Validade da Carta 0 7 / 1 0 3 / 2 1	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 7 0 5 7 9 0 0 0 1 4 3 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Dia Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PAULO HENRIQUE MONTEIRO DE LIMA		14-Data de Nascimento 06/12/1985		15-Telefone () - - - - -		16-Nome do titular do plano PAULO HENRIQUE MONTEIRO DE LIMA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		19-Atendimento no CRO 21548		20-Código CRO S 10		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 8 0 3 4 4 2 6 5 8		22-Nome do Contratado Encarregado NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548		24-UF RS		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Encarregado NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548		28-UF RS		29-Código CRO S					
Centro de Tratamento e Procedimentos Solicitados											

33- Tabela	31- Código do Procedimento	33- Descrição	33- Dente Final	34- Fases	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Frangua / Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome do Gênia	42- Assinatura
1- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6 1,0 0	0,0 0 0	0,0 0 0	S	01/02/21		
2- 0 0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	6 1,0 0	0,0 0 0	0,0 0 0	S	01/02/21		
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0	0,0 0 0	0,0 0 0	S	01/02/21		
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0	0,0 0 0	0,0 0 0	S	01/02/21		
5- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0	0,0 0 0	0,0 0 0	S	01/02/21		
6- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0	0,0 0 0	0,0 0 0	S	01/02/21		
7- 0 0												
8- 0 0												
9- 0 0												
10- 0 0												
11- 0 0												
12- 0 0												
13- 0 0												
14- 0 0												
15- 0 0												

43- Data Prescrição Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Tratamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Frangua / Co-participação R\$

49- Declaração

50- Assinatura