OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 372113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/09/20	14/09/20	AUTORIZADO	7856071	08/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 1 1 7 1 9 0 0 0 0 0 1 0 4	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMILLY BORGES DE SOUZA 15/04/2008	( ) -	JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4 3 9 5 8 0 4 5 8 6 3	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	22/09/20		Jaqueline
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	22/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	22/09/20 Jaqueline	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 364356
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/08/20	30/08/20	AUTORIZADO	7822911	24/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002253117190000011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA 05/10/1985	( ) -	JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	22/09/20		Jaquelina
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	08/09/20		Jaquelina B.S
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	149,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	22/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	22/09/20 Jaquelina B.S.	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 364347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/08/20	30/08/20	AUTORIZADO	7822895	24/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531279600000107	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GIANNE CASTELANI 12/06/2015	( ) -	ANA PAULA CASTELANI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

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	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	55	OP	1	88,00	0,00		S	22/09/20		Nahum
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	22/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	22/09/20 Nahum	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 372066
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/09/20	14/09/20	AUTORIZADO	7855930	08/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020527164100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JUNIOR DOS REIS LOPES 07/08/1974	( ) -	LILIAN FLAVIA CASTELANI LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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	8510218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OVD	1	122,00	0,00		S	22/09/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação
. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/09/20	22/09/20	22/09/20	/ /

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Dra. Julia Borges
Cirurgiã Dentista
CRO SP: 138356

Odontoline

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

INTERCAMBIO

Dra. Julia Burigo
Cirurgiã-Dentista
CRO-SP 1[illegible]

Dra. Julia Burigo
Cirurgiã-Dentista
CRO-SP 1[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 375032
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/09/20	16/09/20	AUTORIZADO	7869477	13/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205298725000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS 23/06/1992	( ) -	CARMEM LUCIA MARINGOLO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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	8510021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMV	1	122,00	0,00		S	25/09/20		Carmem
2	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	25/09/20		Carmem
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	183,00	0,00	,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	25/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	25/09/20 Carmem	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 383736
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/09/20	28/09/20	AUTORIZADO	7908336	24/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531279600001017	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GIANNE CASTELANI 12/06/2015	( ) -	ANA PAULA CASTELANI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

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	8400058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	36		1	49,00	0,00		S	29/09/20		Mahan
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	49,00	0,00	,

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/2020 Mahan	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 376473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/09/20	16/09/20	AUTORIZADO	7876225	15/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531279600000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NAHIAN KAROLINE CASTELANI 15/03/1995	( ) -	ANA PAULA CASTELANI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00		S	29/09/20		Nahian
2 -	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IDV	1	122,00	0,00		S	29/09/20		Nahian
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	210,00	0,00	,

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/20 Nahian	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 383734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/09/20	28/09/20	AUTORIZADO	7908325	24/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311719000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMILLY BORGES DE SOUZA 15/04/2008	( ) -	JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PD	1	88,00	0,00		S	29/09/20		Jaqueline B.S.S.
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	88,00	0,00		S	29/09/20		Jaqueline B.S.S.
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/2020 Jaqueline B.S.S.	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 385204
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/09/20	29/09/20	AUTORIZADO	7914275	27/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105060001701	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCUS FLAVIO BARBOSA ANDRADE 20/08/1981	(11) 8065-7790	MARCUS FLAVIO BARBOSA ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
43958045863	JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIA BORGES SILVA	138356	SP	

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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/09/20	X	
2 -	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/09/20	X	
3 -	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/09/20	X	
4 -	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/09/20	X	
5 -	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/09/20	X	
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/20 Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	29/09/20 X	/ /

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 379296

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	379296

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
4395804586 3	138356/SP - JULIA BORGES SILVA

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
355379	355379	AUTORIZADO	00202531279600000102 - NAHIAN KAROLINE CASTELANI

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
	As extrações solicitadas foram realizadas, conforme comprova a assinatura da paciente e imagens anexadas à guia de recurso, porém umas das radiografias periapicais anexadas a guia pertence a paciente Jaqueline Borges	

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento | 21 - Dente/Região | 22 - Face | 23 - Quantidade | 24 - Tabela | 25 - Procedimento/Item Assistencial | 26 - Descriçao do Procedimento | 27 - Código da Glosa
28 - Valor Recursado | 29 - Justificativa do Prestador
30 - Valor Acatado | 31 - Justificativa da Operadora

	20	21	22	23	24	25	26	27
1-	12/08/2020	46		01	94	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	3040
	21,90	Extração foi realizada conforme comprova assinatura da paciente.						
	0,00							
2-	12/08/2020	RMID		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3040
	4,20	Radiografia pertence a paciente Nahian.						
	0,00							
3-	12/08/2020	37		01	94	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	3040
	21,90	Exodontia foi realizada conforme comprova a assinatura da paciente na guia incial.						
	0,00							
4-	12/08/2020	RMSE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3081
	4,20	Havia anexado equivocadamente radiografia de outra paciente (Jaqueline Borges Santos de Souza)						
	0,00							
5-	12/08/2020	RMIE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3081
	4,20	Radiografia anexada a guia de recurso de glosa.						
	0,00							
6-	/ /							

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
564,40	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
13/08/2020	Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	/ /	

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 379297

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	379297

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
4395804586 3	138356/SP - JULIA BORGES SILVA

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
356321	356321	AUTORIZADO	00202531171900000101 - JAQUELINE BORGES SANTOS DE SOUZA

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
	Foi anexada erroneamente radiografia periapical do dente 37 da paciente jaqueline na guia 355379 da paciente Nahian Karoline Castelani. Esta radiografia em questão eu não havia solicitado ao convênio e sim uma	

Dados dos Itens da Guia

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

	20	21	22	23	24	25	26	27
1-	13/08/2020	RPSD		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3040
	420	Anexei erroneamente a radiografia do primeiro molar inferior esquerdo da paciente jaqueline na guia da paciente Nahian karoline castelani. E nesta guia anexo a radiografia de pré molares superiores direitos.						
	000							
2-	/ /							
3-	/ /							
4-	/ /							
5-	/ /							
6-	/ /							

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
420	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
19/08/2020	Dra. Julia Borges Cirurgiã Dentista CRO SP: 138356	/ /	