

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-09



510832

1-Região ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/03/21	4-Data de Autorização 29/03/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8431939	7-Data Validade da Sentença 27/06/21
8-Identificação da Carteira 00202527057900007501			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número da Carteira Nacional de Saúde					
13-Nome ADENILSON OLIVEIRA POKOMAIER			14-Data de Nascimento 25/04/1976	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano ADENILSON OLIVEIRA POKOMAIER
17-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		20-Número no CRO 21548	21-UF RS	22-Código CBO S 10
23-Código na Operadora / CNPJ / CNP 08034442658		24-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	25-Número no CRO 21548	26-UF RS	27-Código CNES
28-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			29-Número no CRO 21548	30-UF RS	31-Código CBO S
32-Faturar Empresa Enviar - RX () 85100218 () 81000421-					

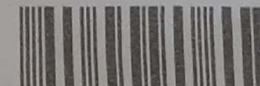
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qnt	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação RS	42-Aut	43-Data de Realização	44-Motivo da Glosa	45-Assinatura
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MDO	1	122,00	0,00		S	29/03/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/03/21		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	29/03/21		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
7-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

46-Data Previsto Término do Tratamento / /	47-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	49-Total Quantidade US 337,00	50-Valor Total RS 0,00	51-Total Franquia / Co-participação RS
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.					
52-Observação					
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 29/03/21 Natalia P. Souza		54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/03/21		55-Data, local e Carimbo da Empresa	

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



499070

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 15/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8386463	7-Data Validada da Senha 13/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202535072800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validada da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GERSO LUIS POLIDORIO			14-Telefone 04/04/1973 () - - - - -	15-Nome do titular do plano GERSO LUIS POLIDORIO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	15/03/21		Gerse
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	15/03/21		Gerse
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	15/03/21		Gerse
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	22/03/21		Gerse
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	22/03/21		Gerse
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	20/03/21		Gerse
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	20/03/21		Gerse
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		S	27/03/21		Gerse
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	88,00	0,00		S	27/03/21		Gerse
10	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/03/21		Gerse
11	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI D		1	35,00	0,00		S	31/03/21		Gerse
12	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/03/21		Gerse
13	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/03/21		Gerse
14												Gerse
15												Gerse

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 779,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

15/03/21 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura do Prestador / Responsável

15/03/21 Gerse

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



503202

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/03/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 503202	7-Data Validade da Senha 16/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253580130000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONE RAMOS PACHECO		14-Telefone 12/06/1980	15-Nome do titular do plano SIMONE RAMOS PACHECO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			18/03/21		Simone
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/03/21 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21 Simone Ramos Pacheco	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



499514

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/03/21	4-Data de Autorização 16/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8388062	7-Data Validade da Senha 13/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900003801		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEANDRO DE AGUIAR ROCHA					
14-Teléfono () -			15-Nome do titular do plano LEANDRO DE AGUIAR ROCHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
25-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
27-Número no CRO 21548		28-UF RS	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	18		1	73,00	0,00		S	16/03/21		Leandro
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			Leandro
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			Leandro
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			Leandro
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			Leandro
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Total Quantidade US 213,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/21 Natalia Marocco Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 16/03/21 Leandro Rocha	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



494006

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 08/03/21	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 8366801	7-Data Validade da Senha 06/06/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253580300000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELVISON CARDOSO DA ROSA		14-Telefone 12/02/1979	15-Nome do titular do plano ELVISON CARDOSO DA ROSA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658		22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		Faturar Empresa	
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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	08/03/21		Elisa
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	08/03/21		Elisa
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	08/03/21		Elisa
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	08/03/21		Elisa
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/03/21 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/03/21 ELVISON CARDOSO	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



493992

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/03/21	4-Data de Autorização 08/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8366757	7-Data Validade da Senha 06/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535803000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELVISON CARDOSO DA ROSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELVISON CARDOSO DA ROSA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 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-Faca	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/03/21		Elison
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	08/03/21		Elison
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00		S	08/03/21		Elison
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00		S	08/03/21		Elison
5	0085100064	FACETA DIRETA EM RESINA	31	V	1	172,00	0,00		S	08/03/21		Elison
6	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00		S	08/03/21		Elison
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 489,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/03/21 NATALIA MAROCCO DE SOUZA	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 08/03/21 ELVISON CARDOSO DA ROSA	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



480612

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/21	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 480612	7-Data Validade da Senha 20/05/21
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900010404	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE AMARAL VARGAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAROLINE AMARAL VARGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		N	19/02/21		Caroline
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Consulta 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46-Valor Quantitativo US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Valor 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 em contrato. Declaro, ainda que os(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina 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 Grupo/Clínica Solicitante

/ /

51-Data, local e Assinatura do Profissional

19/02/2021 Natalia Marocco de Souza

52-Data, local e Assinatura da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508636

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/03/21	4-Data de Autorização 29/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8423032	7-Data Validade da Senha 23/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202535709000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WILLIAM DE CARVALHO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano WILLIAM DE CARVALHO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	18-Número no CRO 14986	19-UF RS	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-15
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93664761715	22-Nome do Contratado Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	23-Número no CRO 14986	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		27-Número no CRO 14986	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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODONTICO	15	1	1	258,00	0,00		S	29/03/21		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 258,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



508634

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/03/21	4-Data de Autorização 25/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8423021	7-Data Validade da Senha 23/06/21
8-Número da Carteira 0020253529090000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MONICA SINARA RAMOS PACHECO			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Telefone () - -			15-Nome do titular do plano MONICA SINARA RAMOS PACHECO		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93664761715		22-Nome do Contratado Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		18-Número no CRO 14986	19-UF RS
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		23-Número no CRO 14986		24-UF RS	25-Código CNES
27-Número no CRO 14986		28-UF RS		29-Código CBO S	
Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-21 (I) 81000421-RIS					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21	1	1
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 272,00		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 25/03/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/03/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/03/21	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



511462

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/03/21	4-Data de Autorização 30/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8434992	7-Data Validade da Senha 28/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900010404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE AMARAL VARGAS		14-Telefone 06/10/1985	15-Nome do titular do plano ADRIANO DA SILVA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	18-Número no CRO 14986	19-UF RS	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-26 (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93664761715	22-Nome do Contratado Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA	23-Número no CRO 14986	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA		27-Número no CRO 14986	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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	30/03/21		
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	31/03/21		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/03/21		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantificada US 761,00	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

*Enviar raio x final e inicial dissociado para a produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/03/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--