OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 529168 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	22/04/21	22/04/21	AUTORIZADO	8505208	21/07/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251286807000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ZELINDA APARECIDA DE CARVALHO ANDRADE 11/02/1970	( )	ZELINDA APARECIDA DE CARVALHO 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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3909871183	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

OBS:
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00841001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	365	00	00	S			
2	00841001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	365	00	00	S			
3	00841001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	365	00	00	S			
4	00841001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	365	00	00	S			
5	00851002108	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122	00	00	S			
6	00851002108	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122	00	00	S			
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	384	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 assine 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
22/05/2021 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgião-Dentista CRO/RJ 48175	22/05/2021 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgião-Dentista CRO/RJ 48175	22/05/21	/ /

Odontolife

GUIA DE TREATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

529386
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	22/04/21	22/04/21	AUTORIZADO	8506087	21/07/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528368700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ZELINDA APARECIDA DE CARVALHO ANDRADE 11/02/1970	( ) -	ZELINDA APARECIDA DE CARVALHO 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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3909871186331	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

OBS:
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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OVD	1	122	00	000	S	/ /		
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	000	

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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
04/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgião-Dentista CRO/RJ 48175	04/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgião-Dentista CRO/RJ 48175	04/05/21	/ /

Odontlife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

529421
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	22/04/21	26/04/21	AUTORIZADO	8506234	21/07/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253717170000010002	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TIAGO MEDEIROS DA SILVA 29/03/1985	( ) -	FERNANDA CRISTINA MOREIRA MEDEIROS

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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3908711183	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

OBS:
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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	00	00	S	/ /		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IP	1	88	00	00	S	/ /		
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	IP	1	88	00	00	S	/ /		
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	2370	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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	18/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	18/05/21	/ /

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TREINAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 547689
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	11/05/21	11/05/21	AUTORIZADO	8574078	09/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251759980100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LORRAINE VITORIA DAS MERCES SOUSA 01/04/2002	( ) -	LORRAINE VITORIA DAS MERCES SOUSA

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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3909817118631	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

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-	08	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	/ /		Lorraine
2-	08	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	/ /		Lorraine
3-	08	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	/ /		Lorraine
4-	08	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	/ /		Lorraine
5-	08	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	/ /		Lorraine
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	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

Alterada a Guia de temporana para definitiva.

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
13/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	13/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	13/05/21 Lorraine	/ /

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 559569
INTERCÂMBIO

stro ANS: 414
3-Data de Emissão da Guia: 20/05/21
4-Data de Autorização: 21/05/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Numero da Guia Principal: 8615587
7-Data Validade da Senha: 18/08/21

do Beneficiário
ero da Carteira: 02025373170300010101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Numero do Cartão Nacional de Saude:
me: RNANDA CRISTINA MOREIRA MEDEIROS 10/02/1994
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: FERNANDA CRISTINA MOREIRA MEDEIROS

do Contratado Responsável pelo Tratamento
ndimento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante: BEATRIZ DE CASTRO ROQUE
18-Número no CRO: 48175
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa

igo na Operadora / CNPJ / CPF: 9098711863
22-Nome do Contratado Executante: BEATRIZ DE CASTRO ROQUE
23-Número no CRO: 48175
24-UF: RJ
25-Código CNES:

me do Profissional Executante: ATRIZ DE CASTRO ROQUE
27-Número no CRO: 48175
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00	00	S			

a Previsão Termino 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: 61,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

ro, 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 rto. 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 ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

servação

Dra. Beatriz de Castro Roque
a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/05/21 Cirurgião-Dentista CRO 48175

Dra. Beatriz de Castro Roque
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/05/21 Cirurgião-Dentista CRO 48175

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/05/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

dontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 558592

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuido pela Operadora: 558592

7 - Nome do Contratado: 48175/RJ - BEATRIZ DE CASTRO ROQUE

9 - Numero do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

14 - Numero de Guia Atribuido pela Operadora: 4941196

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529871700000103 - SOPHIA OLIVEIRA SOUZA

18 - Justificativa (no caso de recurso de loda e guia):

19 -

Data da Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
03/02/21	16	M	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040

29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora:

Solicito alteração da face mesial para face oclusal. A lesão cariosa encontra-se na face oclusal do elemento, foi selecionado de forma equivocada no momento de criação da guia. Obrigada!

Data do Recurso (H5)	33 - Valor Total Acatado (H5)
21/03/21	0,00

Dra. Beatriz de Castro Roque
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 48175

Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data de Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
03/02/21			

Concluída 24/05/2021

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 529408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/04/21	27/04/21	AUTORIZADO	8506130	21/07/21

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
00200253517971000001101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELO LUIZ DO COUTO 25/05/1968	( ) -	MARCELO LUIZ DO COUTO

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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
39098711863	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	Enviar - RX (I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	48	VD	1	88,00	0,00		S	/ /		
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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	20/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	20/05/21	/ /

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

542051
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	05/21	05/21	AUTORIZADO	8552530	08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253517970000011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELO LUIZ DO COUTO 25/05/1968	( )	MARCELO LUIZ DO COUTO

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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3909871183	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

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	24	OD	1	88	00	00	S	/ /		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88	00	00	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	

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
20/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	20/05/21 Dra. Beatriz de Castro Roque Cirurgiã-Dentista CRO/RJ 48175	20/05/21	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 547079
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	10/05/21	11/05/21	AUTORIZADO	8571878	08/08/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205242928200001601	POS REDE PRESTADORA	NEW CARGO TRANSPORTE E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDGAR PAULINO NEVES JUNIOR 30/01/1995	( ) -	EDGAR PAULINO NEVES JUNIOR

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	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3909871186 3	BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BEATRIZ DE CASTRO ROQUE	48175	RJ	

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	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61	00	00	S	/ /		
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	61	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
Dra. Beatriz de Castro Roque 25/05/21 Cirurgiã-Dentista CRO RJ 48175	Dra. Beatriz de Castro Roque 25/05/21 Cirurgiã-Dentista CRO RJ 48175	25/05/21	/ /