OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 393854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/10/20	10/11/20	AUTORIZADO	7950089	07/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205313426000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LARISSA TAYANE OLIVEIRA DA GAMA 25/11/1997	( ) -	LARISSA TAYANE OLIVEIRA DA GAMA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(IF) 85200158-36

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	18/12/20		Larissa
2	00	81042 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	18/12/20		Larissa
3	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	18/12/20		Larissa
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	581,00	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
18/12/20	18/12/20 Dra Aline Leão Endodontista CRO-AP 321	18/12/20 Larissa Tayane Oliveira da Gama	18/12/20 Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 434452
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	04/12/20	10/12/20	AUTORIZADO	8117413	04/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205328470000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANDA GABRIELA MELO DA SILVA 01/04/1990	( ) -	AMANDA GABRIELA MELO DA SILVA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24
(I) 81000421-RPSE

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	8520014 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00	0,00	S	11/12/20		Amanda
2 -	00	8100421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00	S	11/12/20		Amanda
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	347,00	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
11/12/20	11/12/20 Alline	11/12/20 Amanda Gabriela Melo da Silva	11/12/20 Alline Dra. Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

Dra. Aline L. Leão

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423908
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	20/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8076314	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526726500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARIDYANA RAYSSA RODRIGUES DE AGUIAR 16/04/1993	( ) -	ARIDYANA RAYSSA RODRIGUES DE AGUIAR

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-26
(I) 81000421-

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
2 -	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
3 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00	S	01/12/20		
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	581,00	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
01/12/20 Dr. Aline L. Leão Endodontista	01/12/20 Drª Aline L. Leão Endodontista	01/12/20	/ / Drª Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 429165
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	27/11/20	03/12/20	AUTORIZADO	8095859	25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205322544000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KEROLLY XAVIER GUERREIRO 30/03/1993	( ) -	FRANCILENE DA SILVA XAVIER GUERREIRO

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-14 (I) 81000421-
(IF) 85200140-15 (I) 81000421-RPSE
(IF) 85200140-25

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	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	18/12/20		KEROLLY
2-	00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	18/12/20		KEROLLY
3-	00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00		S	/ /		
4-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	18/12/20		KEROLLY
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	18/12/20		KEROLLY
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11			25- Presença de um canal								/ /		
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	1027,00	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
Obs - Elemento 15 com apenas 1 canal

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
18/12/20	18/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	18/12/20 KEROLLY XAVIER GUERREIRO	18/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 429161
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	27/11/20	04/12/20	AUTORIZADO	8095821	25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531461900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA MARTINS VASCONCELOS 16/12/1995	( ) -	ANA PAULA MARTINS VASCONCELOS

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
60920858287	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-46
(I) 81000421-

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	8520158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00	0,00	S	15/12/20		Ana Paula
2	00	8100421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	15/12/20		Ana Paula
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	547,00	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
15/12/20	15/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista	15/12/20 Ana Paula Martins	15/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 438293
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	10/12/20	17/12/20	AUTORIZADO	8134389	10/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025315913000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMILY MARTINS BRAGA 29/06/2001	( ) -	EMILY MARTINS BRAGA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-37 (I) 81000421-
(IF) 85200158-47
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	85201058	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00	0,00	S	18/12/20		Emily
2	00	85201058	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533,00	0,00	0,00	S	10/12/20		Emily
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	S	18/12/20		Emily
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	18/12/20		Emily
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	1094,00	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
Elemento 47 com obstrução no conduto distal não conseguindo alcançar o CDC. Após segunda tentativa e uso do EDTA sem sucesso, o dente foi obturado. Será monitorado com três meses. Houve 1 conduto muscular.

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
18/12/20	18/12/20 Emily Martins Braga	18/12/20 Emily Martins Braga	18/12/20

Drª Aline L. Leão
Endodontista
CRO-AP 321

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 425894
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	24/11/20	26/11/20	AUTORIZADO	8082136	22/02/21

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 7 7 4 1 0 0 0 0 0 1 0 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAISA RODRIGUES DOS SANTOS 04/03/2003	( ) -	FRANCIMAR MENEZES RODRIGUES

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6 0 9 2 0 8 5 8 2 8 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24
(IF) 85200140-25
(I) 81000421-RPSE

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	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	26/11/20		Francimar
2-	00	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00		S	26/11/20		Francimar
3-	00	81004021	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	26/11/20		Francimar
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	680,00	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: Elem 25 uniradicular

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
26/11/20	26/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO AP 321	26/11/20 FRANCIMAR MENEZES RODRIGUES	26/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO 321

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 391951

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	07/10/20	08/10/20	AUTORIZADO	7942299	05/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253174100000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
INGRIDY ISABELLE GUARDEL DE SANTANA 22/04/2005	( ) -	DARLENE GUARDEL RIBEIRO

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX

(IF) 85200158-26 (I) 81000421-

(IF) 85200158-36 (I) 81000421-

(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	10/11/20		Simone
2	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00	0,00	S	10/12/20		Simone
3	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00	0,00	S	18/11/20		Silvia
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00	S	18/12/20		Simone
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	S	18/12/20		Simone
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	18/12/20		Simone
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	1142,00	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
18/12/20	18/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO AP 321	18/12/20 Simone Guardel	18/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

Tirar outro Rx

pendente

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 380823
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	22/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7893366	21/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524392800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAYARA SILVA CUMARU 14/11/1986	( ) -	MAYARA SILVA CUMARU

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(IF) 85200140-15

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	81004211	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	02/10/20		Mayara
2 -	00	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S	02/10/20		Mayara
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	347,00	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
. Enviar rx inicial e final na produção. Elemento 15 unirradicular com apenas 1 conduto central.

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
02/10/20	02/10/20 Aline L. Leão	02/10/20	02/10/20 Aline L. Leão CRO 321 Endodontista

Recursado

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

380734
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	22/09/20	14/10/20	AUTORIZADO	7893044	21/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297871000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIUANE VITORIA TRINDADE SILVA 11/07/2006	( ) -	JOSE DA CONCEICAO SILVA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(IF) 85200158-36

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	15/10/20		
2	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	,	S	15/10/20		
3	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	53,00	0,00	,	S	15/10/20		
4							,	,	,		/ /		
5							,	,	,		/ /		
6			Elemento apresentou				,	,	,		/ /		
7			conduto mésio lingual				,	,	,		/ /		
8			atrésico e calcificado no				,	,	,		/ /		
9			terço médio. Após				,	,	,		/ /		
10			várias tentativas sem				,	,	,		/ /		
11			sucesso de desobstruir				,	,	,		/ /		
12			o conduto foi obturado				,	,	,		/ /		
13			neste comprimento.				,	,	,		/ /		
14			Paciente está assintomático.				,	,	,		/ /		
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	581,00	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
. Enviar rx inicial e final na produção

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
15/10/20	15/10/20 Dra Aline L. Leão Endodontista	15/10/20	15/10/20 Dra Aline L. Leão Endodontista

Recursado

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 393205
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	09/10/20	17/10/20	AUTORIZADO	7947556	07/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311852000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSEMARA ARAUJO DA SILVA 08/09/1978	( ) -	WELLINGTON JOSE COSTA DE AZEVEDO

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828287	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-47
(I) 81000421-

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Josemara
2	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	53,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Josemara
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	29/10/20		Josemara
4													
5													
6													
7													
8			Elemento apresentou apenas										
9			um conduto nasal curvo										
10			e atrésico, houve fratura										
11			de lima no terço médio,										
12			sem sucesso de remoção ou										
13			ultrapassagem.										
14			O elemento foi obturado										
15			pois o paciente estava assintomatico.										

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	581,00	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: Elemento apresentou apenas 2 condutos.

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
29/10/20	29/10/20 Aline C. Leão	29/10/20 Josemara	29/10/20 Dr. Aline C. Leão Endodontista

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

concluído no sist.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 377427
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	17/09/20	20/11/20	AUTORIZADO	7880636	16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205316271000001031	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OLEMAX DOS SANTOS RODRIGUES 03/05/1994	( ) -	OTERIA SENA DA SILVA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
60920858287	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
2	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	I	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
3	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
4	00	8510020 0	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IM	1	88,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
5	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
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	332,00	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
25/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	25/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	25/11/20 Olemax dos Santos Rodrigues	/ / Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife®
franquilidade para você sorrir

Concluído a 10 sessões

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 377425
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	17/09/20	20/11/20	AUTORIZADO	7880621	16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531627100000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OLEMAX DOS SANTOS RODRIGUES 03/05/1994	( ) -	OTERIA SENA DA SILVA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/11/20		Olemax
2 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/11/20		Olemax
3 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/11/20		Olemax
4 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/11/20		Olemax
5 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/11/20		Olemax
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	178,00	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
20/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	20/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP	20/11/20 Olemax dos Santos Rodrigues	20/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista 321

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

concluído no sistema

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 377444
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	17/09/20	20/11/20	AUTORIZADO	7880678	16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531627100001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OLEMAX DOS SANTOS RODRIGUES 03/05/1994	( ) -	OTERIA SENA DA SILVA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		Olemax
2	00	851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	23/11/20		Olemax
3	00	851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	23/11/20		Olemax
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
23/11/20 Dra Aline L. Leão Odontista	23/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	23/11/20 Olemax dos Santos Rodrigues	23/11/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

Concluído no sistema

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 377442
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	17/09/20	20/11/20	AUTORIZADO	7880665	16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203531627100001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OLEMAX DOS SANTOS RODRIGUES 03/05/1994	( ) -	OTERIA SENA DA SILVA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
60920858287	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
2 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00		S	25/11/20		Olemax
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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/11/20 Dr. Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	25/11/20 Dr. Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	25/11/20 Olemax dos santos Rodrigues	/ / Dr. Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife®
A tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 386285
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	30/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7918874	29/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253158530000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEUMIANE DE SOUZA LIMA 12/11/1998	( ) -	CLEUMIANE DE SOUZA LIMA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
60920858287	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	24	OD	1	88,00	0,00		S	15/12/20		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	15/12/20		
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
15/12/20	15/12/20 Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	15/12/20 Cleumiane de Souza	15/12/20 Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

385846
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	29/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7917020	28/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205315850300001015	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEUMIANE DE SOUZA LIMA 12/11/1998	( ) -	CLEUMIANE DE SOUZA LIMA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	37	OM	1	88,00	0,00		S	15/12/20		
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	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
15/12/20 Dra Aline L. Leão Odontista CRO 321	15/12/20 Dra Aline L. Leão Odontista CRO 321	15/12/20 Cleumiane de Souza	15/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO AP 32

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 388216
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	02/10/20	05/10/20	AUTORIZADO	7927254	31/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253158530000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEUMIANE DE SOUZA LIMA 12/11/1998	( ) -	CLEUMIANE DE SOUZA LIMA

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	45	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
2	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
3	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
4	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
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	244,00	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
15/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	15/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	15/12/20 Cleumiane de Souza	15/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321

Odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

426191
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	24/11/20	04/12/20	AUTORIZADO	8083576	22/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531448900001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YASMIN CRISTINY MENDONCA GEMAQUE 11/04/1996	( ) -	YASMIN CRISTINY MENDONCA GEMAQUE

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	ODONTOPLUS	321	AP	04

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6092085828 7	ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALINE DE OLIVEIRA LOBATO LEAO	321	AP	

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	31	I	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Yasmin
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Yasmin
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Yasmin
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	07/12/20		Yasmin
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	244,00	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
07/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	07/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321	07/12/20 Yasmin Cristiny	07/12/20 Dra Aline L. Leão Endodontista CRO-AP 321 Mendonça Gemaque