

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



403222

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/20	4-Data de Autorização 30/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7988959	7-Data Validade da Senha 20/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202531592400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLEUSA SOARES DE MOURA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CLEUSA SOARES DE MOURA		

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) 85200140-14
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	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00			06/11/20		<i>[Assinatura]</i>
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 333,00	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.

43-Observação

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

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

06/11/20 *[Assinatura]*

52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

06/11/20 *[Assinatura]*

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



372728

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 18/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7859017	7-Data Validade da Senha 09/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253170490000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CARLA DANIELA ESTIGARRIBIA SILVA		14-Telefone 29/11/1976	15-Nome do titular do plano ANTONIO AUGUSTO MELO 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
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	Enviar - RX (I) 81000421-RCIE (IF) 85200166-34
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/Rolão	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	0081000421	RX PERIAPICAL	RCIE	1	1	14,00	0,00		S	10/09/20		
2	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34	1	258	0,00	0,00		S	26/05/20		
3	0082000921	GENGIVECTOMIA	S4	1	144	0,00	0,00		S	26/05/20		
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 416,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417004

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão na Guia 11/11/20	4-Data de Autorização 13/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8044484	7-Data Validade da Senha 09/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252705790005001	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 FABIANO CHIES	14-Telefone 23/12/1978	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES		

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 (F) 85200158-36
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	36		1	533,00	0,00		S	13/11/20		Fabiano Chies
2-	0082000921	GENGIVECTOMIA	S4		1	144,00	0,00		S	13/11/20		Fabiano Chies
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 677,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



409695

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8015626	7-Data Validade da Senha 31/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527057900005001	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 FABIANO CHIES		14-Telefone 23/12/1978	15-Nome do titular do plano FABIANO CHIES		
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
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	Enviar - RX (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número no CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	(1) 85100218
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd
1-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura
1	22,00		S	27/11/20	Fabiano Chies
2	22,00		S	27/11/20	Fabiano Chies
43-Data Prevista Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Taxa Quantitativa US					
47-Valor Total R\$					
48-Taxa 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, a 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista / Responsável					
53-Data, local e Assinatura de Empresa					

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415767

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8039239	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005104	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
ALAIDE BENEDITO MACHADO HEIDRICH

14-Telefone
26/07/1990 () -

15-Nome do titular do plano
JUCEMAR MACIEL HEIDRICH

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
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0803442658	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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	73	00	0,00		S	25/11/20		Alaide
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	73	00	0,00		S	25/11/20		Alaide
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 146,00	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 de Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/20 Nataly P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 25/11/20 Alaide B. M. Heidrich	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415926

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2011	4-Data de Autorização 19/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8039969	7-Data Validade da Senha 08/02/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900005103	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 ANTONELLA MACHADO HEIDRICH		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUCEMAR MACIEL HEIDRICH	

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 0803442658	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

Faturar Empresa

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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	01/12/20		Maide
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	09/11/20		Maide
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	09/11/20		Maide
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	09/11/20		Maide
5-	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00		S	24/11/20		Maide
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 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412556

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 19/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8026294	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252705790001501		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 FLAVIO DE NARDI BUSCKE		14-Telefone 14/05/1978	15-Nome do titular do plano FLAVIO DE NARDI BUSCKE		
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-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA			26-Número no CRO 21548	27-UF RS	28-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gênes	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/20		Flavio
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(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado Responsável 19/11/20 Flavio de Nardi Buscke	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1º



425441

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2020	4-Data de Autorização 23/11/2020	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 425441	7-Data Validade da Senha 21/10/21/21
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira 23/11/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202527057900008601					
13-Nome TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano TIAGO DOS SANTOS DE OLIVEIRA		
		24/11/1992			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10
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	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

30-Tabella	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	23/11/20		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/2020	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 23/11/20 Natalia Marocco de Souza	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Tiago dos Santos de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



425342

Regist
4064

adão d

1-Núm

01

13-Nor

FLA

Jadão

16-Alt

N

21-C

LC

26-N

N

Plan

30-1

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

11-

12-

13-

14-

15-

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2020	4-Data de Autorização / / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	8-Número da Guia Principal 425342	7-Data Validade da Senha 23/11/2021
--------------------------	---	--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527057900008301	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL PONATH	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano SAMUEL PONATH		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-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 0803442658	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		N	23/11/20		Samuel
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-Gratuidade 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 Grupo/Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 23/11/2020 Natalia Marocco de Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2020 Samuel Ponath	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

SISTEMA DE CONTROLE DE CUSTOS E PREÇOS

2-Nº



423731

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 20/11/20		4-Data de Autorização 23/11/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8073401		7-Data Validade da Guia 18/02/21	
8-Número da Carteira 00202527057900001501						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA		11-Data validade da Carteira / /	
13-Nome FLAVIO DE NARDI BUSCKE						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FLAVIO DE NARDI BUSCKE		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE		18-Número no CRO 21548		19-UF RS	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658						22-Nome do Contratado Excutante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		23-Número no CRO 21548		24-UF RS	
26-Nome do Profissional Excutante NATALIA MAROCCO DE SOUZA						27-Número no CRO 21548		28-UF RS		25-Código CBO S 10	
29-Código CBO S 10						30-Código CBO S 10		31-Código CBO S 10		32-Código CBO S 10	
Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200											
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
7	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
8	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
9	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
10	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
11	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00	0,00	S	20/11/20	Flavio
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 606,00		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 e 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 20/11/20 Natalia Gr. Souza				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/R Responsável 20/11/20 Flavio de Nardi Buscke			
53-Data, local e Caimbo da Empresa / /				54-Data, local e Caimbo da Empresa / /				55-Data, local e Caimbo da Empresa / /			

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

400698

1-Registro ANS 406414	2-Data de emissão da Guia 21/10/20	3-Data de Autorização 30/10/20	4-Sinbo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7978296	6-Data Validade da Sinbo 19/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531155000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KELLY CRISTINA CELINGA		14-Data de Nascimento 14/04/1983	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano KELLY CRISTINA CELINGA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Alcance da RN N	19-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	20-Número no CRO 21548	21-UF RS	22-Código CBO S 10	Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	24-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	25-Número no CRO 21548	26-UF RS	27-Código CNEB	Enviar - RX () 81000421-RPSE
28-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		29-Número no CRO 21548	30-UF RS	31-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olosa	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00			03/11/20		Kelly
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00			30/10/20		Kelly
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 87,00	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.

43-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 Natalia P. Souza	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 Kelly Celina	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



409840

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8016161	7-Data Validade da Senha 01/02/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527057900005104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RIO JORDAO PAPEIS SA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ALAIDE BENEDITO MACHADO HEIDRICH		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JUCEMAR MACIEL HEIDRICH		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA CANELENSE	18-Número na CRO 21548	19-UF RS	20-Código CBO S 10	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08034442658	22-Nome do Contratado Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA	23-Número na CRO 21548	24-UF RS	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NATALIA MAROCCO DE SOUZA		27-Número na CRO 21548	28-UF RS	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rolão	34-Faca	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	11/11/20		Maide
2-	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	38		1	73,00	0,00		S	11/11/20		Maide
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 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Life **GUIA DE RECURSO DE GLOSAS**

2 - Nº Guia no Prestador

424239

1 - Registro ANS		3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA				4 - Objeto do Recurso [2]		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela [4 2 4 2 3 9]																	
Dados do Contratado						7 - Nome do Contratado 14986/RS - RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA																			
6 - Código na Operadora [1 1 4 1 9 7 0 5 0 0 1 6 4]																									
Dados do Recurso do Protocolo						10 - Código da Glosa do Protocolo						11 - Justificativa													
8 - Número do Lote						9 - Número do Protocolo						12 -													
Dados do Recurso da Guia						14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora						15 - Status AUTORIZADO													
13 - Número da Guia no Prestador [3 8 0 9 3 9]						16 - Beneficiário 00202527057900003703 - CATIANE BRITO LORENCO DE CAMARGO																			
17 - Código da Glosa da Guia						18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) anexadas novas imagens de raio x Inicial e final										19 -									
Dados dos Itens da Guia						21 - Dente/Região										22 - Face									
20 - Data de Realização do Procedimento						23 - Quantidade										24 - Tabela									
28 - Valor Recusado						25 - Procedimento/Item Assistencial										26 - Descrição do Procedimento									
30 - Valor Acatado						29 - Justificativa do Prestador										27 - Código da Glosa									
31 - Justificativa da Operadora																									
1- [2 2 0 9 2 0 2 0] [1 6] [0 1] [9 4] [8 5 2 0 0 1 5 8]						TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR										[3 0 4 0]									
2-																									
3-																									
4-																									
5-																									
6-																									
7-																									
8-																									
9-																									
10-																									
11-																									
12-																									
13-																									
14-																									
15-																									
16-																									
17-																									
18-																									
19-																									
20-																									
21-																									
22-																									
23-																									
24-																									
25-																									
26-																									
27-																									
28-																									
29-																									
30-																									
31-																									
32 - Valor Total Recusado (R\$)						33 - Valor Total Acatado (R\$)																			
[4 2 6 4 0]						[0 0 0]																			
34 - Data do Recurso [4 0 9 2 0 2 0]						35 - Assinatura do Prestador						36 - Data da Assinatura da Operadora													
												[4 0 9 2 0 2 0]													
												37 - Assinatura da Operadora													

Life GUIA DE RECURSO DE GLOSAS



424240

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	4 - Objeto do Recurso (2)	2 - Nº Guia no Prestador
6 - Código na Operadora 1 1 4 1 9 7 0 5 0 0 0 1 6 4		5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela 4 2 4 2 4 0	
7 - Nome do Contratado 14986/RS - RITA DE CASSIA ATAUALPA DE LIMA			
8 - Número do Lote		9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo
11 - Justificativa			
12 -			
13 - Número da Guia no Prestador 4 0 3 2 3 7		14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 4 0 3 2 3 7	15 - Status AUTORIZADO
16 - Beneficiário 00202531704900000104 - CARLA DANIELA ESTIGARRIBIA SILVA			
17 - Código da Glosa de Guia		18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia) anexadas novas imagens de rai x	
19 -			

Dados dos Itens da Guia		21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
20 - Data de Realização do Procedimento	28 - Valor Recusado	29 - Justificativa do Prestador	30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora				
1- 2 2 1 0 2 0 2 0	1 5	0 1	9 4	8 5 2 0 0 1 4 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR		3 0 6 8	
2 6 6 4 0								
0 0 0								
2- 1 1								
1 1								
1 1								
3- 1 1								
1 1								
1 1								
4- 1 1								
1 1								
1 1								
5- 1 1								
1 1								
1 1								
6- 1 1								
1 1								
1 1								

32 - Valor Total Recusado (R\$) 2 6 6 4 0	33 - Valor Total Acatado (R\$) 0 0 0	34 - Data do Recurso 3 0 1 0 2 0 2 0	35 - Assinatura do Prestador 	36 - Data da Assinatura da Operadora 1 1	37 - Assinatura da Operadora
---	--	--	----------------------------------	--	------------------------------