Hellen Cristina dos Santos

DATA 04/08/20

EXM. SR. Hellen Cristina dos Santos

INDIC. Dental Uni

GTO: 343309

8 7 6 5 4 3 2 1 | 8 7 6 5 4 3 2 1

8 7 6 5 4 3 2 1 | 8 7 6 5 4 3 2 1

dupon - 007

OdontoLife — GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 379098

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora: 379098

Operadora: 257480001112

7 - Nome do Contratado: 85431/SP - ANGELA LIBERT ALVES

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Guia no Prestador: 309

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 343309

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530724900000101 - HELLEN CRISTINA DOS SANTOS TABOR

Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso da toda a guia): IMAGENS ENVIADAS NO APLICATIVO

19 -

Realização do Procedimento / Recursado / Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
07/2020	RMSE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3040
63,0							
0,00							
07/2020	RPSE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3040
63,0							
0,00							
07/2020	RMIE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3040
63,0							
0,00							

29 - Justificativa do Prestador

31 - Justificativa da Operadora

Recursado (R$): 189,0

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

fotos enviadas via aplicativo

Recurso: 07/2020

35 - Assinatura do Prestador: 01 OUT 2020 — Dra. Angela Libert Alves, Cirurgiã Dentista, CROSP 85431

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 379099

S

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recursos de Glosas Atribuído pela: 379099

...atado

...Operadora: 25748000112

7 - Nome do Contratado: 85431/SP - ANGELA LIBERT ALVES

...so do Protocolo

...Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

...so da Guia

...Guia no Prestador: 335

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 3433335

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530574500000101 - DANIELA DA CONCEICAO RODRIGUES

...Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia): Imagens enviadas no aplicativo.

19 -

...da Guia

...e Realização do Procedimento / ...Recursado / ...Acatado	21 - Dente/Região / 29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
07/2020	11	M	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
27,45							
0,00							
07/2020	12	D	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
27,45							
0,00							

...l Recursado (R$): 54,90

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

Imagens enviadas via aplicativo

...Recurso: 07/2020

35 - Assinatura do Contratado: 01 OUT. 2020 — Dra. Angela Libert Alves, Cirurgiã Dentista, CROSP 85431

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 379100

3 - Nome da Operadora	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA
4 - Objeto do Recurso	2
5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela	379100
7 - Nome do Contratado	85431/SP - ANGELA LIBERT ALVES
9 - Número do Protocolo	
10 - Código da Glosa do Protocolo	
11 - Justificativa	
12 -	
14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	349358
15 - Status	AUTORIZADO
16 - Beneficiário	00202510550601667302 - AMANDA SOARES DOS SANTOS
18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	IMAGENS NO APLICATIVO
19 -	

21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
07/20/20	RPSD	01	94	81001021	RX PERIAPICAL	3081
630						
000						

Imagens enviadas via aplicativo

Valor Recursado (R$)	630
33 - Valor Total Acatado (R$)	000
Data do Recurso	08/20/20
35 - Assinatura do Prestador	01 OUT 2020
36 - Data da Assinatura da Operadora	
37 - Assinatura da Operadora	

Dra. Angela Libert Alves
Cirurgiã Dentista
CRO SP 85431

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 379101

3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	379101

Operadora	7 - Nome do Contratado
257480001112	85431/SP - ANGELA LIBERT ALVES

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

Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
832	350832	AUTORIZADO	00202510550601074201 - MARIA APARECIDA CASSEMIRO

Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
	IMAGENS NO APLICATIVO	

Realização do Procedimento / Recursado / Acatado	21 - Dente/Região / 29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
08/2020	RMSD		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3040
6,30							
0,00							

Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
6,30	0,00

Imagens enviadas via aplicativo

Dra. Angela Libert Alves
Cirurgiã Dentista
CROSP 85431

Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
08/2020	01 OUT. 2020		

1860.20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381727
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	23/09/20	25/09/20	AUTORIZADO	7899288	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251050601174014	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENILDE MACHADO BORGES 14/11/1967	( ) -	RENILDE MACHADO BORGES

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	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
25848740788202	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	00		S	25/09/20		Renilde
2 -											/ /		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	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

15,30

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
25/09/20 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã Dentista CROSP 85431	25/09/20 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã Dentista CROSP 85431	25/09/20 Renilde M. Borges	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381734
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	23/09/20	25/09/20	AUTORIZADO	7899293	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205150601174840 3	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
GUILHERME MACHADO BORGES 29/05/1999	( ) -	RENILDE MACHADO BORGES

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	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
25847408782	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	25/09/20		Guilherme M. Borges
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$
25/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34 00	00 00	

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

49-Observação
19,30

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/09/20 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã Dentista CROSP 85431	25/09/20 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã Dentista CROSP 85431	25/09/20 Guilherme M. Borges	/ /

odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 382205
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	23/09/20	24/09/20	AUTORIZADO	7901388	22/12/20

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 2 5 3 1 7 1 1 9 0 0 0 0 0 1 0 2	POS REDE PRESTADORA	TIAGO RENATO VIEIRA DA SILVA	/ /	

Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NEI AGUIAR DA SILVA	05/10/1981	( ) -	TIAGO RENATO VIEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Credenciamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	16-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

025 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5 8 4 7 4 0 7 8 8 2	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GELA LIBERT ALVES	85431	SP	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	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
	0 8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4,00	0,00		S	24/SET/2020		

Data Prevista de Atendimento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
24/SET/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 4,00	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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

15,30

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
24/SET/2020 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã-Dentista CRO-SP 85431	24/SET/2020 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã-Dentista CRO-SP 85431	24/SET/2020	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 386427
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	7919496	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
00202515055060604301	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA MARIA DOS SANTOS BEIJAMIN 25/03/1968	( ) -	ANA MARIA DOS SANTOS BEIJAMIN

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	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
25847408182	ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANGELA LIBERT ALVES	85431	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	01 OUT 2020		
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$
01 OUT 2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	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 / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01 OUT 2020 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã Dentista CRO/SP 85431	01 OUT 2020 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã Dentista CRO/SP 85431	01 OUT 2020	

OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Razão Social: ODONTOSTYLLO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA

CNPJ: 22625748000112 (ODONTOSTYLLO CLINICA ODONTOLOGICA LTDA)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 85431/SP Cirurgião Dentista: (13892) - ANGELA LIBERT ALVES

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
339631 - I	MANOEL DO AMPARO DE SALES (00202530811100000101)		15/07/2020	34	0,45	R$ 15,30
343370 - I	LIDIA DE CASSIA ANGELINI (00202510550601410201)		22/07/2020	1698	0,45	R$ 764,10
348031 - I	ELIANE BRITO DA ROCHA (00202528277000000101)		29/07/2020	354	0,45	R$ 159,30
348036 - I	MANOEL DO AMPARO DE SALES (00202530811100000101)		29/07/2020	292	0,45	R$ 131,40
353830 - I	ADRIANO MARTIM DE OLIVEIRA (00202510550601863202)		10/08/2020	144	0,45	R$ 64,80
362222 - I	JOSE ROGERIO ANGELINI (00202510550601410202)		22/08/2020	1578	0,45	R$ 710,10
365270 - I	GISLENE ALVES MACEDO (00202510550601423101)		27/08/2020	34	0,45	R$ 15,30
365948 - I	VALCIRENE SOARES DE SOUZA (00202510550600246201)		28/08/2020	327	0,45	R$ 147,15
368914 - I	LORENZO SOUZA GARCIA (00202510550600246202)		02/09/2020	140	0,45	R$ 63,00
369178 - I	MANOEL DO AMPARO DE SALES (00202530811100000101)		03/09/2020	365	0,45	R$ 164,25
369254 - I	ELIANE BRITO DA ROCHA (00202528277000000101)		03/09/2020	122	0,45	R$ 54,90
370106 - I	LUSIVANIA MARIA DE ARARIPE (00202510550601592701)		04/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
370113 - I	LEANDRO ANTONIO DE AGUIAR (00202510550601814601)		04/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
370115 - I	VANESSA DE FRANCA AGUIAR (00202510550601814602)		04/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
373257 - I	LEANDRO ANTONIO DE AGUIAR (00202510550601814601)		10/09/2020	530	0,45	R$ 238,50
373261 - I	VANESSA DE FRANCA AGUIAR (00202510550601814602)		10/09/2020	320	0,45	R$ 144,00
373648 - I	ELINES REGINA ARAUJO DE SENA SILVA (00202531807100000101)		11/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
373649 - I	THAIS DE SENA SILVA (00202531807100000103)		11/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
374741 - I	ALEXANDRE DE MORAIS (00202510550601697002)		14/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
375948 - I	MARIA AMELIA LOPES DA ROCHA (00202510550601876902)		15/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
376750 - I	ANDRE RODRIGUES DA SILVA (00202532137200000101)		16/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
377447 - I	JOSE NILTON CARVALHO SANTOS (00202510550601592702)		17/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
377708 - I	LEANDRO ANTONIO DE AGUIAR (00202510550601814601)		17/09/2020	73	0,45	R$ 32,85
377716 - I	ALEXANDRE DE MORAIS (00202510550601697002)		17/09/2020	515	0,45	R$ 231,75
377729 - I	LUSIVANIA MARIA DE ARARIPE (00202510550601592701)		17/09/2020	408	0,45	R$ 183,60
379098 - I	HELLEN CRISTINA DOS SANTOS TABOR (00202530724900000101)		20/09/2020	42	0,45	R$ 18,90
379099 - I	DANIELA DA CONCEICAO RODRIGUES (00202530574500000101)		20/09/2020	122	0,45	R$ 54,90
379100 - I	AMANDA SOARES DOS SANTOS (00202510550601667302)		20/09/2020	14	0,45	R$ 6,30
379101 - I	MARIA APARECIDA CASSEMIRO (00202510550601074201)		20/09/2020	14	0,45	R$ 6,30
381727 - I	RENILDE MACHADO BORGES (00202510550601178401)		23/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
381734 - I	GUILHERME MACHADO BORGES (00202510550601178403)		23/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
382205 - I	SIDNEI AGUIAR DA SILVA (00202531711900000102)		23/09/2020	34	0,45	R$ 15,30
386427 - I	ANA MARIA DOS SANTOS BEIJAMIN (00202510550600604301)		30/09/2020	34	0,45	R$ 15,30

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: OUTUBRO/2020

Totalizador

N° de USOs:	7568
N° de atendimentos:	33
Valor:	R$ 3.405,60

Totalizador da Operadora

N° de USOs:	7568
N° de atendimentos:	33
Valor:	R$ 3.405,60

Totalizador da Clínica

N° de USOs:	7568
N° de atendimentos:	33
Valor:	R$ 3.405,60

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

4

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339631
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 5414	3-Data de Emissão da Guia: 15/07/20	4-Data de Autorização: 24/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7706940	7-Data Validade da Senha: 13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0202530811100000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: NOEL DO AMPARO DE SALES 12/11/1972		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: MANOEL DO AMPARO DE SALES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Credenciamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ANGELA LIBERT ALVES	18-Número no CRO: 85431	19-UF: SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 5847408822	22-Nome do Contratado Executante: ANGELA LIBERT ALVES	23-Número no CRO: 85431	24-UF: SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante: ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO: 85431	28-UF: SP	29-Código CBO S	

Dados 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 do Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/07/2020		X Manoel

Enviado

43-Data Previsão Término do Tratamento: 24/07/2020	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/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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 24/07/2020 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã-Dentista CRO-SP 85431	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 24/07/2020 Dra. Angela Libert Alves Cirurgiã-Dentista CRO-SP 85431 do Amparo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 24/07/2020 X de Sales	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /