OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

491940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/03/21	05/03/21	AUTORIZADO	8359342	03/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205354322000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO 30/04/1971	( ) -	GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	26	V	1	61,00	0,00	,	S	05/03/21		
2 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00	,	S	05/03/21		
3 -							,	,	,		/ /		
4 -							,	,	,		/ /		
5 -							,	,	,		/ /		
6 -							,	,	,		/ /		
7 -							,	,	,		/ /		
8 -							,	,	,		/ /		
9 -							,	,	,		/ /		
10							,	,	,		/ /		
11							,	,	,		/ /		
12							,	,	,		/ /		
13							,	,	,		/ /		
14							,	,	,		/ /		
15							,	,	,		/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
05/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	05/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	05/03/21 Guayra Vilhena de Assuncao	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 491737
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	04/03/21	05/03/21	AUTORIZADO	8358656	02/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203543220000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEMERE DOS SANTOS BRITO 11/01/1977	( ) -	GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VD	1	88,00	0,00		S	05/03/21		
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
05/03/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	05/03/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	05/03/21 x Rosemere dos Santos Brito	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

489510
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	03/03/21	03/03/21	AUTORIZADO	8349711	01/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205354322000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEMERE DOS SANTOS BRITO 11/01/1977	( ) -	GUAYRA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VOM	1	122,00	0,00		S	03/03/21		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
03/03/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	03/03/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	03/03/21 Rosemere dos Santos Brito	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 499910
INTERCÂMBIO

NÃO

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	16/03/21	16/03/21	AUTORIZADO	8389363	14/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205359167000001 04	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDREI IAN SOUZA MELO PANTALEAO 30/06/2004	( ) -	EDINALVA SOUZA MELO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992020	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - 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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/03/21		xEdinalva
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/03/21		xEdinalva
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/03/21		xEdinalva
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/03/21		xEdinalva
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/03/21		xEdinalva
6										S	16/03/21		xEdinalva
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	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
16/03/21 Dr.ª Ana Patricia Chaves Cirurgiã Dentista CRO/AP-CD-919	16/03/21 Dr.ª Ana Patricia Cirurgiã Dentista CRO/AP-CD-919	16/03/21 Edinalva Souza Melo	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 451556
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	12/01/21	14/01/21	AUTORIZADO	8186221	12/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202533826900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDUARDO FERNANDO PACHECO MENEZES NUNES 18/12/2005	( ) -	CLAUDIANE PEREIRA PACHECO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/01/21		
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	34,00	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
12/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	12/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	12/01/21 Claudiane P. Pacheco	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 457978
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	19/01/21	20/01/21	AUTORIZADO	8211961	19/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202534786500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA 04/11/2000	( ) -	BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/01/21		Bruna
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/01/21		Bruna
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/01/21		Bruna
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/01/21		Bruna
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/01/21		Bruna
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
20/01/21 Dra Ana Patrícia Cifuri Cirurgiã Dentista CRO-AP 919	20/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP 919	20/01/21 Bruna Marcela de Barros Baia	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 466683
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	01/02/21	01/02/21	AUTORIZADO	8254565	02/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202534786500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA 04/11/2000	( ) -	BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422699202	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	01/02/21		Bruna
2 -	00	8510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00		S	01/02/21		Bruna
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
01/02/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/02/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/02/21 Bruna Marcela de Barros Baia	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 458572
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	20/01/21	20/01/21	AUTORIZADO	8215017	20/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205341786500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA 04/11/2000	( ) -	BRUNA MARCELA DE BARROS BAIA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422699220	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	45	O	1	61,00	0,00	0,00	S	20/01/21		x Bruna
2 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	29/01/21		x Bruna
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
20/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 x Bruna Marcela de Barros Baia	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458677
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	20/01/21	25/01/21	AUTORIZADO	8215439	20/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203415111200001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FLAVIO COUTINHO CORREA 08/04/2007	( ) -	ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4542269922 0	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Eliane Costa
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	34,00	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
25/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	25/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	25/01/21 Eliane do Socorro Coutinho da Costa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 461706
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	25/01/21	25/01/21	AUTORIZADO	8232096	25/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205341120000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FLAVIO COUTINHO CORREA 08/04/2007	( ) -	ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	,	S	25/01/21		Eliane Costa
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	,	S	25/01/21		Eliane Costa
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	,	S	25/01/21		Eliane Costa
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	,	S	25/01/21		Eliane Costa
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	140,00	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
25/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	25/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	25/01/21 Eliane do Socorro Coutinho da Costa	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 463182
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	27/01/21	29/01/21	AUTORIZADO	8239568	27/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205341112000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FLAVIO COUTINHO CORREA 08/04/2007	( ) -	ELIANE DO SOCORRO COUTINHO DA COSTA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	47	O	1	61,00	0,00		S	29/01/21		Eliane Costa
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	29/01/21		Eliane Costa
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
29/01/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	29/01/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	29/01/21 Eliane do Socorro Coutinho da Costa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 461656
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	25/01/21	29/01/21	AUTORIZADO	8231953	25/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205287216000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANKLIN MARTINS FERREIRA 06/01/1986	( ) -	FRANKLIN MARTINS FERREIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992220	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	41	VLI	1	122,00	0,00		S	29/01/21		
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
29/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	29/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	29/01/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 458177
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	20/01/21	20/01/21	AUTORIZADO	8212863	20/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205287216000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANKLIN MARTINS FERREIRA 06/01/1986	( ) -	FRANKLIN MARTINS FERREIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	,	S	20/01/21		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	,	S	20/01/21		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	,	S	20/01/21		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	,	S	20/01/21		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	,	S	20/01/21		
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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458846
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	20/01/21	25/01/21	AUTORIZADO	8216301	20/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205287216000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANKLIN MARTINS FERREIRA 06/01/1986	( ) -	FRANKLIN MARTINS FERREIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IPV	1	122,00	0,00		S	25/01/21		
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	31	IVL	1	122,00	0,00		S	25/01/21		
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	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
25/01/21	25/01/21	25/01/21 x	/ /

Drª Ana Patrícia Chaves
Cirurgiã Dentista
CRO-AP-CD-919

Drª Ana Patrícia Chaves
Cirurgiã Dentista
CRO-AP-CD-919

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

453504
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	14/01/21	20/01/21	AUTORIZADO	8194697	14/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528721600000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEITOR CESAR ALMEIDA FERREIRA 28/12/2014	( ) -	FRANKLIN MARTINS FERREIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/01/21		Franklin
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Franklin
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Franklin
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Franklin
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/01/21		Franklin
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	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
20/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 Franklin	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 502125
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	17/03/21	31/03/21	AUTORIZADO	8397521	15/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205355275000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KEILA FERNANDES DOS SANTOS 22/09/2007	( ) -	SHEILA FERNANDES SCHAEFFER

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4542269920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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 -	00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	31/03/21		x Shila FS
2 -	00840090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	31/03/21		x Shila FS
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	106,00	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
31/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	31/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	31/03/21 x Sheila Fernandes Schaeffer	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

486814
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	27/02/21	01/03/21	AUTORIZADO	8339271	28/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203583862000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LOUGINO PAIVA CORREA JUNIOR 05/06/1988	( ) -	LOUGINO PAIVA CORREA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992220	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	,	S	01/03/21		Lougino
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	,	S	01/03/21		Lougino
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	,	S	01/03/21		Lougino
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	,	S	01/03/21		Lougino
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	,	S	01/03/21		Lougino
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
01/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP CD-919	01/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP CD-919	01/03/21 x Lougino Paiva Correa	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 486815
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	27/02/21	01/03/21	AUTORIZADO	8339272	28/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202585240000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RIURA CAROL SANTOS NEVES 23/05/2000	( ) -	RIURA CAROL SANTOS NEVES

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992220	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Riura
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Riura
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Riura
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Riura
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	01/03/21		Riura
6													Riura
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
01/03/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Dra Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Riura Carol Santos Neves.	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 484028
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	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8325903	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205352411000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO ALMEIDA DE OLIVEIRA 05/03/1972	( ) -	ANTONIO ALMEIDA DE OLIVEIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
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 -		00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/02/21		Antonio
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	34,00	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
24/02/21 Dr. Ana Patricia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 Dr. Ana Patricia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 Antonio Almeida de Oliveira	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 487433
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	01/03/21	01/03/21	AUTORIZADO	8341351	30/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253574850000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DOMINGOS SAVIO TUMA ACHI 20/02/1963	( ) -	LEONARDA COSTA 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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	11	VM	1	88,00	0,00		S	01/03/21		
2 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VM	1	88,00	0,00		S	01/03/21		
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
01/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 483849
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	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8325078	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025357485000001002	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DOMINGOS SAVIO TUMA ACHI 20/02/1963	( ) -	LEONARDA COSTA 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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/02/21		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/02/21		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/02/21		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/02/21		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/02/21		
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
24/02/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 483973
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	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8325643	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205353688600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GEREMIAS SOARES OLIVEIRA 09/08/1967	( ) -	GEREMIAS SOARES OLIVEIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422669920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/02/21		xGeremia
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/02/21		xGeremias
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/02/21		xGeremias
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/02/21		xGeremias
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/02/21		xGeremias
6-										S	24/02/21		xGeremias
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
24/02/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 xGeremias Soares Oliveira	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 512410
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	31/03/21	31/03/21	AUTORIZADO	8439314	29/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205356886000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GEREMIAS SOARES OLIVEIRA 09/08/1967	( ) -	GEREMIAS SOARES OLIVEIRA

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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 -		008510096	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	31/03/21		Geremias
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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
31/03/21 Dr. Ana Patricia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	31/03/21 Dr. Ana Patricia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	31/03/21 Geremias Soares Oliveira	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 483847
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	24/02/21	24/02/21	AUTORIZADO	8325055	25/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532614300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HOSTI JOSE JUNIOR 08/10/1995	( ) -	ROSILDA PIRES DO NASCIMENTO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	24/02/21		Hosti Jr
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/02/21		Hosti Jr
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/02/21		Hosti Jr
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/02/21		Hosti Jr
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/02/21		Hosti Jr
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
24/02/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	24/02/21 Hosti Jose Junior	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

486813
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	27/02/21	01/03/21	AUTORIZADO	8339270	28/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532614300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HOSTI JOSE JUNIOR 08/10/1995	( ) -	ROSILDA PIRES DO NASCIMENTO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	01/03/21		Hosti Jr
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	01/03/21		Hosti Jr
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	01/03/21		Hosti Jr
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	237,00	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
01/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Hosti Jose Júnior	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

461094
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	25/01/21	25/01/21	AUTORIZADO	8228974	25/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205269065000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO VITOR PICANTO XAVIER 11/08/1998	( ) -	JOAO VITOR PICANTO XAVIER

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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 -		00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		João Xavier
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	34,00	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
25/01/21	25/01/21	25/01/21 João Vitor Picanço Xavier	/ /

Dr. Ana Patrícia Chaves
Cirurgiã Dentista
CRO-AP-CD 919

Dr. Ana Patrícia Chaves
Cirurgiã Dentista
CRO-AP-CD 919

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 487446
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	01/03/21	01/03/21	AUTORIZADO	8341395	30/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205326143000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARINA SANTIAGO RIBEIRO 07/07/1995	( ) -	ROSILDA PIRES DO NASCIMENTO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/03/21		Karina
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/03/21		Karina
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/03/21		Karina
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/03/21		Karina
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/03/21		Karina
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
01/03/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	01/03/21 Karina santiago Ribeiro	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

452558
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	13/01/21	13/01/21	AUTORIZADO	8190370	13/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202534754700001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO 09/05/1997	( ) -	LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	,	S	13/01/21		x Lana A.
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	,	S	13/01/21		x Lana A.
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	,	S	13/01/21		x Lana A.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	,	S	13/01/21		x Lana A.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	,	S	13/01/21		x Lana A.
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
13/01/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	13/01/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	13/01/21 x Lana Nicole Almeida Vilhena de Assunção.	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

455667
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	18/01/21	20/01/21	AUTORIZADO	8203838	18/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205347547000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO 09/05/1997	( ) -	LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692202	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	16	O	1	61,00	0,00		S	20/01/21		Lana N. A
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	20/01/21		Lana A
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
20/01/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 Dr.ª Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	20/01/21 x Lana Nicole Almeida Vilhena de Assunção.	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

458120
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	20/01/21	27/01/21	AUTORIZADO	8212602	20/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205347547000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO 09/05/1997	( ) -	LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992220	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00		S	27/01/21		Lana
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	73,00	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
27/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	27/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	27/01/21 Lana Nicole Almeida Vilhena de Assunção	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 455473
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	18/01/21	18/01/21	AUTORIZADO	8203103	18/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205347540000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO 09/05/1997	( ) -	LANA NICOLE ALMEIDA VILHENA DE ASSUNCAO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00		S	18/01/21		Lana A.
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	73,00	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
18/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-919	18/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-919	18/01/21 Lana Nicole Almeida Vilhena de Assunção	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

461114
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	25/01/21	25/01/21	AUTORIZADO	8229114	25/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202535173400001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NAIRÁN CALIXTO DA SILVA 14/01/1999	( ) -	NAIRAN CALIXTO 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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Nairan
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Nairan
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Nairan
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Nairan
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/01/21		Nairan
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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dr Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CO-919	25/01/21 Dr Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CO-919	25/01/21 Nairan Calixto da Silva	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 462922
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	27/01/21	27/01/21	AUTORIZADO	8238239	27/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205351734000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NAIRAN CALIXTO DA SILVA 14/01/1999	( ) -	NAIRAN CALIXTO 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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
454226992200	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ML	1	88,00	0,00		S	27/01/21		Nairan
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
27/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	27/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã-Dentista CRO-AP-CD-919	27/01/21 Nairan Calixto da Silva	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

450530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/01/21	11/01/21	AUTORIZADO	8182550	11/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205313894000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAMIRO MARQUES NASCIMENTO 13/09/2006	( ) -	LILIANE MARQUES NASCIMENTO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692920	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	11/01/21		Jonatan Juan Almeida Cardoso
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	73,00	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
11/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	11/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	11/01/21 Jonatan Juan Almeida Cardoso	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 448057
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	06/01/21	06/01/21	AUTORIZADO	8173674	06/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205313894000001 02	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAMIRO MARQUES NASCIMENTO 13/09/2006	( ) -	LILIANE MARQUES NASCIMENTO

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	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
45422692202	ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA LIMA DAS NEVES CHAVES	919	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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		Jonatan Cordeso
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	34,00	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
06/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	06/01/21 Dr. Ana Patrícia Chaves Cirurgiã Dentista CRO-AP-CD-919	06/01/21 + Jonatan Ruan Almeida Cordeso	/ /