GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

991354
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	21/05/22	21/05/22	AUTORIZADO	9930586	19/08/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205065705022001	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANO SALVADOR 07/01/1985	( )	JULIANO SALVADOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento - RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26618418220	ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	27/06/22		
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	00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-assistente	52-Data, local e Assinatura do beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

02

1009013
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	05/06/22	05/06/22	AUTORIZADO	9982756	03/09/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205065657005022001	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANO SALVADOR 07/01/1985	( ) -	JULIANO SALVADOR

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	9501	RESTAURAÇÃO RETIDA A PINO	16		1	95	00	00	S	05/09/22		
2	00	9501	RESTAURAÇÃO RETIDA A PINO	15		1	95	00	00	S	05/09/22		
3	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61	00	00	S	05/09/22		
4	00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	05/09/22		
5	00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	05/09/22		
6	00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	05/09/22		
7	00	8400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	05/09/22		
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	391,00	00,00	,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/09/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	/ /	/ / Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1036184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/06/22	27/06/22	AUTORIZADO	10059812	25/09/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
0020606570064403	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMANUELE FERREIRA DOS ANJOS 23/03/2010	( ) -	FERNANDA FERREIRA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/06/2022		x bauda
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/06/22		x bauda
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/06/22		x bauda
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/06/22		x bauda
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/06/22		x bauda
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Termino 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 x bauda	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1035096
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/06/22	26/06/22	AUTORIZADO	10056575	24/09/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00205060657003710 2	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE APARECIDA JERINIMO 14/11/1987	( ) -	MARCIO ZEVOLA DE MATTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Codigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
204816450001091	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340,00	0,00		S	26/06/22		x
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350,00	0,00		S	08/08/22		x
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350,00	0,00		S	08/08/22		x
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350,00	0,00		S	08/08/22		x
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350,00	0,00		S	08/08/22		x
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	1740,00	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
08/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	08/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	08/08/22 x	08/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1035115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/06/22	26/06/22	AUTORIZADO	10056593	24/09/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00205105060020780 2	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HENRIQUE MARTINS ROMERO 20/02/2011	( ) -	SHIRLEY MARTINS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00		S	27/06/22		Shirley
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Termino 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiario / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Shirley	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1009009
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	05/06/22	05/06/22	AUTORIZADO	9982753	03/09/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205065706362 02	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL JOSE DE OLIVEIRA 15/10/1989	( )	LARAINE NATIELLY KAISER

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
AI EXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	05/06/22		x Rafael
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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	05/06/22 x Rafael	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	/ / Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1020633

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/06/22	14/06/22	AUTORIZADO	10017375	12/09/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
002051055061945102	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MATTEO CILENEO SAVAN 27/04/2001	( ) -	ELISABETE APARECIDA DE CARVALHO SAVAN

Dados do Contratado Responsavel pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Codigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
20481645001009	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00,00		S	27/06/22		Matteo
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	00,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Matteo	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1036176

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	27/06/22	27/06/22	AUTORIZADO	10059801	25/09/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506065700664402	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIEL FERREIRA DOS ANJOS 17/05/2008	( ) -	FERNANDA FERREIRA DOS ANJOS

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645001019	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	27/06/22		x [illegible]
2	00	84001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	27/06/22		x [illegible]
3	00	84001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	27/06/22		x [illegible]
4	00	84001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	27/06/22		x [illegible]
5	00	84001198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S			x [illegible]
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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	27/06/22 x [illegible]	27/06/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1074507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/07/22	25/07/22	AUTORIZADO	10168493	23/10/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205060657001696 05	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRYAN VIEIRA DE LIMA 11/12/2009	( ) -	CESAR BENEDITO DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810090 30	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/07/22		
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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	28/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	28/07/22	28/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1074062
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	25/07/22	25/07/22	AUTORIZADO	10167333	23/10/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250606570064403	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMANUELE FERREIRA DOS ANJOS 23/03/2010	( ) -	FERNANDA FERREIRA DOS ANJOS

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	25/07/22		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	25/07/22		
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-Ortodonsia 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiario / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	25/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	25/07/22	25/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1073955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/07/22	25/07/22	AUTORIZADO	10167046	23/10/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
002025065706644021	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIEL FERREIRA DOS ANJOS 17/05/2008	( ) -	FERNANDA FERREIRA DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Codigo 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	17	O	1	61	00	00	S	25/07/22		x
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61	00	00	S	25/07/22		x
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00	00	S	25/07/22		x
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	25/07/22		x
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	25/07/22		x
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	00	00	S	25/07/22		x
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Termino 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	3661,00	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

Dr. Alexandre Eiji Nitatori
Cirurgião dentista
CROSP 67.993

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 / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	25/07/22	25/07/22	25/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1051613
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/22	07/07/22	AUTORIZADO	10103898	05/10/22

Dados do Beneficiario

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00205465470000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANGELICA KEIKO NAKAMURA MUNIZ 18/03/1977	( ) -	ANGELICA KEIKO NAKAMURA MUNIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
20481645001019	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Codigo 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	17/07/22		
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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiario / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	17/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	17/07/22	17/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK

2-Nº 1043344

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/22	01/07/22	AUTORIZADO	10080732	29/09/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
00202508869019620 1	POS REDE PRESTADORA	FURUKAWA INDUSTRIAL S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO RODRIGUES DA SILVA 13/05/1983	( ) -	PAULO RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/22		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/07/22		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/07/22		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/07/22		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/07/22		
6											13/07/22		
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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	13/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	13/07/22	13/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

02

2-Nº

1048039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/07/22	05/07/22	AUTORIZADO	10093890	03/10/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00205105506020806 01	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOLANGE ANTOINE BAKHIT RAGI TEIXEIRA 06/12/1963	( ) -	SOLANGE ANTOINE BAKHIT RAGI TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
204816450001 09	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/22		
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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	13/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	13/07/22	13/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1062767
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	18/07/22	18/07/22	AUTORIZADO	10136744	16/10/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020206506057005772 01	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO FERNANDO PADILHA 17/02/1989	( ) -	ANTONIO FERNANDO PADILHA

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	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	18/07/22		
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 Beneficiário / Responsável	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	18/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	18/07/22	18/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1079513 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/07/22	28/07/22	AUTORIZADO	10183912	26/10/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00202506065700169605	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRYAN VIEIRA DE LIMA 11/12/2009	( ) -	CESAR BENEDITO DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	28/07/22		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	28/07/22		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	28/07/22		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	28/07/22		
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 do 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, o por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
28/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	28/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	28/07/22	28/07/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

ni foi

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1044876 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/07/22	04/07/22	AUTORIZADO	10084800	02/10/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
002025060657020541201	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDSON RENAN DE ALMEIDA 16/06/1989	( ) -	EDSON RENAN DE ALMEIDA

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CNES
2048164500010109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	00,00		S	19/09/22		
2	00	84000198	PROFILAXIA. POLIMENTO	HASD		1	35,00	00,00		S	19/09/22		
3	00	84000198	PROFILAXIA. POLIMENTO	HASE		1	35,00	00,00		S	19/09/22		
4	00	84000198	PROFILAXIA. POLIMENTO	HAID		1	35,00	00,00		S	19/09/22		
5	00	84000198	PROFILAXIA. POLIMENTO	HAIE		1	35,00	00,00		S	19/09/22		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	00,00	

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
18/08/22 Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	19/09/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	19/09/22	19/09/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1120438

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/08/22	26/08/22	AUTORIZADO	10299298	24/11/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00202545406000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIMONE AMARO DA CUNHA 05/06/1986	( ) -	SIMONE AMARO DA CUNHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000101 09	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Realizados

	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	81000303	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	26/08/22		Simone
2	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	26/08/22		Simone
3	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	26/08/22		Simone
4	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	26/08/22		Simone
5	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	26/08/22		Simone
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Termino de 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 Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	26/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	26/08/22 Simone	26/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1086880
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/22	03/08/22	AUTORIZADO	10205616	01/11/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025886901962 02	POS REDE PRESTADORA	FURUKAWA INDUSTRIAL S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MICHELE APARECIDA MACIEL 18/08/1988	( ) -	PAULO RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645001019	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81030030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/22		x michele
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/08/22		x michele
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/08/22		x michele
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/08/22		x michele
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/08/22		x michele
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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	03/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	03/08/22 x michele	03/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1091930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/08/22	08/08/22	AUTORIZADO	10220123	06/11/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
00250606570025571	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RICARDO ALEXANDRE DE AZEVEDO 29/08/1976	( )	RICARDO ALEXANDRE DE AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 -
Faturar Empresa

21-Codigo da Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Codigo 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	08/08/22		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	08/08/22		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	08/08/22		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	08/08/22		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	08/08/22		
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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	08/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	08/08/22	08/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1104965

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/22	17/08/22	AUTORIZADO	10256442	15/11/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
002025065703656601	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DENISE LACRIMANTE MORON 29/11/1969	( ) -	DENISE LACRIMANTE MORON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Codigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
204816450009109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	17/08/22		Denise
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Termino 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, é 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 Beneficiario / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	17/08/22 Denise	17/08/22 Denise	17/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1109578
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/22	19/08/22	AUTORIZADO	10269724	17/11/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00205066570255701	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RICARDO ALEXANDRE DE AZEVEDO 29/08/1976	( ) -	RICARDO ALEXANDRE DE AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61	00	00	S	22/08/22		
2	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61	00	00	S	22/08/22		
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 apos ter sido devidamente esclarecido sobre os propositos, 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
22/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	/ /	22/08/22	22/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1123295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/08/22	29/08/22	AUTORIZADO	10307121	27/11/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saude
00206065705720 3	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALICE BARBOSA PETRONILO 06/07/1996	( ) -	ANTONIO FERNANDO PADILHA

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	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
20481645000109	IRIS ODONTOLOGIA LTDA	67993	SP	9999999

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE EIJI NITATORI	67993	SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000031	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/08/22		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/08/22		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/08/22		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/08/22		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/08/22		
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
29/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	/ / Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993	29/08/22	29/08/22 Dr. Alexandre Eiji Nitatori Cirurgião dentista CROSP 67.993