OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

835235
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	11/01/22	11/01/22	AUTORIZADO	9453485	11/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205150608075501	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAGDA DA CUNHA FIGUEIREDO 07/08/1981	(11) 4169-0662	MAGDA DA CUNHA FIGUEIREDO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
41864541884	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	27 JAN 2022		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Einstchafer Odontologia Ltda
CNPJ: 10.606.278/0001

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$
27 JAN 2022	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
27 JAN 2022 Fernanda	27 JAN 2022 Fernanda	27 JAN 2022	27 JAN 2022

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

831832
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/01/22	07/01/22	AUTORIZADO	9444167	07/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025437751000013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WILLIAM WALLACE MOTA SANTOS 15/11/2003	( ) -	MICHELE MANOEL DA PAIXAO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4186645841	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	10 JAN 2022		Michele Paixão
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		Michele Paixão
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		Michele Paixão
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		Michele Paixão
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		Michele Paixão
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$
10 JAN 2022	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

Emschafer Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.276/0002-52

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
10 JAN 2022 Fernanda C.	10 JAN 2022 Fernanda C.	10 JAN 2022 Michele Paixão	10 JAN 2022

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 831872

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/01/22	07/01/22	AUTORIZADO	9444241	07/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025437751000041	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARYNE GEOVANNA MOTA SANTOS 03/04/2010	( ) -	MICHELE MANOEL DA PAIXAO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4186645841	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	0,00	S	10 JAN 2022		
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	10 JAN 2022		
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	10 JAN 2022		
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	10 JAN 2022		
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	10 JAN 2022		
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$
10/JAN/2022	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

Emschafer Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.276/0002-52

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
10 JAN 2022	10 JAN 2022	10 JAN 2022	10 JAN 2022

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 828538
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	04/01/22	05/01/22	AUTORIZADO	9436630	04/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025438771500001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MICHELE MANOEL DA PAIXAO 14/08/1984	( ) -	MICHELE MANOEL DA PAIXAO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
418664584141	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	10 JAN 2022		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10 JAN 2022		
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$
10 JAN 2022	1-Tratamento Odontologico 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
10 JAN 2022 Fernanda C	10 JAN 2022 Fernanda C	10 JAN 2022 Michele Paixão	10 JAN 2022

Emschafer Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.276/0002-52

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 843075

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	18/01/22	18/01/22	AUTORIZADO	9478251	18/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025510550618718 02	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SAMUEL MEDEIROS SILVA 15/04/2010	( ) -	EVELIN DE SOUZA 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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
418664584841	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	81000309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	18 JAN 2022		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	18 JAN 2022		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	18 JAN 2022		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	18 JAN 2022		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	18 JAN 2022		
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data da Solicitação / Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Número de Atendimentos	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
18 JAN 2022	1-Inicial 2-Sessão 3-Odontologia 4-Ortodontia 5-Cirurgia 6-Urgência/Emergência	1-Única 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, sob pena de perder o direito ao reembolso, que as propostas, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme de meu conhecimento, 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) de valor(es) 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 JAN 2022 Fernanda	18 JAN 2022 Fernanda	18 JAN 2022	18 JAN 2022

odontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 843059

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	18/01/22	18/01/22	AUTORIZADO	9478241	18/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510556018718 01	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EVELIN DE SOUZA SILVA 21/09/1978	( ) -	EVELIN DE SOUZA 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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
4186645884 1	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	S	18 JAN. 2022		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	18 JAN. 2022		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	18 JAN. 2022		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	18 JAN. 2022		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	18 JAN. 2022		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista para 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$
18 JAN. 2022	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178 00	00 00	

Declaro, sob as penas da lei, que formulei esclarecimentos sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional de Odontologia e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) discriminado(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador contratado responsável pelo presente documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Emscham Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.276/0002-07

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 JAN. 2022 Fernanda	18 JAN. 2022 Fernanda	18 JAN. 2022	18 JAN. 2022

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 848163
INTERCÂMBIO

OK

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	21/01/22	25/01/22	AUTORIZADO	9492695	21/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00254094770010001	POS REDE PRESTADORA	TRANS IGUACU EMPRESA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IRACEMA COSTA ROXO 06/04/1967	( ) -	IRACEMA COSTA ROXO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
41864584 1	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	25/01/2022		Iracema
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/01/2022		Iracema
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/01/2022		Iracema
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/01/2022		Iracema
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/01/2022		Iracema
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/2022	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

Emschafer Odontologia
CNPJ: 10.606.276/0001-2

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/JAN/2022 Fernanda	25/JAN/2022 Fernanda	25/JAN/2022 Iracema	25/JAN/2022

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 848171

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	21/01/22	25/01/22	AUTORIZADO	9492729	21/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020254097700010001	POS REDE PRESTADORA	TRANS IGUACU EMPRESA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IRACEMA COSTA ROXO 06/04/1967	( ) -	IRACEMA COSTA ROXO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(i) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
418664583841	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	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	25	V	1	61,00	0,00		S	25 JAN 2022		Iracema
2	00	81004021	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	25 JAN 2022		Iracema
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25 JAN 2022	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	75,00	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 JAN 2022 Fernanda	25 JAN 2022 Fernanda	25 JAN 2022 Iracema	25 JAN 2022 Emschafer Odontologia Ltda - ME CNPJ: 10.606.276/0002-52

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

848166
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	21/01/22	25/01/22	AUTORIZADO	9492727	21/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00254094770010001	POS REDE PRESTADORA	TRANS IGUACU EMPRESA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IRACEMA COSTA ROXO 06/04/1967	( ) -	IRACEMA COSTA ROXO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
418664584141	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(i) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	8510096	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	25 JAN 2022		Iracema
2-	00	8100421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	25 JAN 2022		Iracema
3-	00	8510096	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	25 JAN 2022		Iracema
4-											25 JAN 2022		
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/JAN 2022	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	136,00	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/JAN 2022 Fernanda	25 JAN 2022 Fernanda	25 JAN 2022 Iracema	25 JAN 2022 Emschafer Odontologia Ltda - ME CNPJ: 10.606.276/0002-52

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 831857

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/01/22	07/01/22	AUTORIZADO	9444233	07/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205437750000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WILLIAM WALLACE MOTA SANTOS 15/11/2003	( ) -	MICHELE MANOEL DA PAIXAO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
41866458841	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	10 JAN 2022		
2-	00	81004221	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	10 JAN 2022		
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	10 JAN 2022		
4-	00	81004221	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	10 JAN 2022		
5-											10 JAN 2022		
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$
10 JAN 2022	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	150,00	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 prestador contratado, que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Emsenhar Odontologia Ltda
CNPJ: 10.606.276/0001-...

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
10 JAN 2022 Fernanda A	10 JAN 2022 Fernanda A	10 JAN 2022 Michele Paixão	10 JAN 2022

Odontlife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 841700 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	17/01/22	18/01/22	AUTORIZADO	9473794	17/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 7 5 5 0 1	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAGDA DA CUNHA FIGUEIREDO 07/08/1961	(11) 4169-0662	MAGDA DA CUNHA FIGUEIREDO

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	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

21-CNPJ da Contratada / CPF do PF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5 1 8 5 0 4 0 - 5 4 1	ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROSARIO LIZETH MAMANI CALLE	109393	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
0 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0	0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	L	1	6 1	0 0	0 0	S	27 JAN. 2022		
2-	0	0 8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	1 4	0 0	0 0	S	27 JAN. 2022		
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$
27 JAN. 2022	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7 5	0 0	0 0

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: Cárie em lingual no excesso da restauração antiga.

Emschafer Odontologia Ltda - ME
CNPJ: 10.606.276/0002-52

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 JAN. 2022	27 JAN. 2022	27 JAN. 2022	27 JAN. 2022