OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329644
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	25/06/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	329644	23/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105060100491	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DOROTI DA SILVA 24/03/1956	(13) 3427-5327	DOROTI DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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		N	25/06/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF/CNPJ 036.778-52	25/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF/CNPJ 036.778-52	25/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323230
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	10/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7628568	08/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00251055061797401	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR 29/03/1980	( ) -	CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

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

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	34	O	1	61,00	0,00		S	24/06/20		
2 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	24/06/20		
3 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	24/06/20		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

01/02

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$
24/06/20	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

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048.536.778-52

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048.536.778-52

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
24/06/20	24/06/20	24/06/20	/ /

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323094

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	10/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7628543	08/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506017974 01	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR 29/03/1980	( ) -	CARLOS AUGUSTO LITVINOFF GENTA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200
(I) 81000421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	24/06/20		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	24/06/20		
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	24/06/20		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-			0107								/ /		
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$
24/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	190,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	24/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	24/06/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325925
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	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7641452	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105060142702	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDSON MENEZES 15/09/1956	( ) 4975-4340	LIONAI SOUZA MENEZES

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-37
(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	85201014 0	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	333	0,00	0,00	S	19/06/20		
2	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	0,00	0,00	S	19/06/20		
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14	0,00	0,00	S	19/06/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9			0102								/ /		
10			0103								/ /		
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$
19/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	408,00	0,00	,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
19/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	19/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	19/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324318
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	15/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7633385	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250155060091410 2	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROBERTO DOS SANTOS MACHADO 10/01/1975	( ) -	SIRLEIA MARCIA PEREIRA MACHADO

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	23/06/20		
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$
23/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	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
23/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536 778-52	23/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 042 536 778-52	23/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312566
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	14/05/20	AUTORIZADO	7557920	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020 5106 5506 0142 7002	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDSON MENEZES 15/09/1956	( ) 4975-4340	LIONAI SOUZA MENEZES

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
048536778 52	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
2	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
3	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
4	00	85304047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
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$
19/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	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
19/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048.536.778-52	19/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048.536.778-52	19/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318935 ✓
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	318935	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105061468902	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LINDALVA DA SILVA MACEDO 30/11/1964	( ) 3506-1398	REGINALDO ALVES MACEDO

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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		N	01/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/06/20	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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536.778-52	01/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536.778-52	01/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/04/20	14/04/20	AUTORIZADO	7509921	12/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00251055006082840 3	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REYNAN GABRIEL RODERO ALVES 23/08/1996	( ) 3506-0410	FLAVIA CILENE ALVES FRITZ

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81510019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	03/06/20		Reynan
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$
03/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536.778-52	03/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536.778-52	03/06/20 Reynan Gabriel	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306152
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/04/20	14/04/20	AUTORIZADO	7509911	12/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205155006082840 3	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REYNAN GABRIEL RODERO ALVES 23/08/1996	( ) 3506-0410	FLAVIA CILENE ALVES FRITZ

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

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

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	81510096	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61	00	0,00	S	01/06/20		Reynan
2 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14	00	0,00	S	01/06/20		Reynan
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45 Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	75	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 Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042.536.778-52

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042.536.778-52

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
01/06/20	01/06/20	01/06/20 Reynan Gabriel	/ /

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308586 ✓
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	27/04/20	28/04/20	AUTORIZADO	7528288	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205510600828403	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REYNAN GABRIEL RODERO ALVES 23/08/1996	( ) 3506-0410	FLAVIA CILENE ALVES FRITZ

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 81000421-RPSE

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	81010021	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	01/06/20		Reynan
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	01/06/20		Reynan
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	102,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536 778-52	01/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 042 536 778-52	01/06/20 Reynan Gabriel	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308582
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	27/04/20	28/04/20	AUTORIZADO	7528264	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506008284031	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REYNAN GABRIEL RODERO ALVES 23/08/1996	( ) 3506-0410	FLAVIA CILENE ALVES FRITZ

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		S	05/06/20		Reynan
2 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	05/06/20		Reynan
3 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	05/06/20		Reynan
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$
05/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	163,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista/Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	05/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	05/06/20 Reynan Sabrill	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308601
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	27/04/20	27/04/20	AUTORIZADO	7528412	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205155006005557 02	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO CAETANO SIMOES 29/04/1962	( ) -	IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	122,00	0,00		S	03/06/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	03/06/20		
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$
03/06/20	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
03/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	03/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	03/06/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312724
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	312724	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506018501	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIZA CAROLINA PEREIRA 24/08/1966	( ) -	ELIZA CAROLINA PEREIRA

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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		N	13/05/20		
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$
13/05/20	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
13/05/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	13/05/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	13/05/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308607
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	27/04/20	27/04/20	AUTORIZADO	7528472	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205155060055702	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO CAETANO SIMOES 29/04/1962	( ) -	IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

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

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	34	V	1	61,00	0,00		S	05/06/20		
2 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	05/06/20		
3 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	05/06/20		
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$
05/06/20	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
05/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	05/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	05/06/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320972
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	05/06/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	320972	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507699900000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JEAN DEREK DUARTE 10/05/1984	( ) 30155-9855	IVAN TADEU DUARTE

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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		00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	05/06/20		Jean Derek Duarte
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$
05/06/20	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
05/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	05/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	05/06/20 Jean Derek Duarte	/ /

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 302331
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	16/03/20	19/03/20	AUTORIZADO	7486416	14/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506096100 1	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS 03/02/1962	(13) 3426-2307	ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/06/20		
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$
10/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	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
10/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	10/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	10/06/20	/ /

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323022 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	10/06/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	323022	08/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251055060033701	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TELMA DAS GRACAS PIVA 19/11/1963	(11) 4056-1440	TELMA DAS GRACAS PIVA

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0485367852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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		N	10/06/20		
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$
10/06/20	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
10/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRO 111 393 CPF 048 536 778-52	10/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRO 111 393 CPF 048 536 778-52	10/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323026 ✓
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	10/06/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	323026	08/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510550603370002	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARTHUR PIVA MOREIRA 09/07/2001	(11) 4056-1440	TELMA DAS GRACAS PIVA

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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		N	10/06/20		
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$
10/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34	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
10/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111393 CPF 048.536.778-52	10/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	10/06/20	/ /

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319040 ✓
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7605106	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202510550601468902	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LINDALVA DA SILVA MACEDO 30/11/1964	( ) 3506-1398	REGINALDO ALVES MACEDO

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(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	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MOD	1	122,00	0,00		S	12/06/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	12/06/20		
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$
12/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	136,00	0,000	

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 Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista e carimbo	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/06/20	12/06/20	12/06/20	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321381
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/06/20	08/06/20	AUTORIZADO	7618480	04/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507699900000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JEAN DEREK DUARTE 10/05/1984	( ) 3015-9855	IVAN TADEU DUARTE

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27 Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	15/06/20		Jean Derek
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	15/06/20		Jean Derek
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	15/06/20		Jean Derek
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	15/06/20		Jean Derek
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$
15/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	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 Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042 536 778-52

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042 536.778-52

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
15/06/20	15/06/20	15/06/20 Jean Derek Duarte	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321376
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/06/20	10/06/20	AUTORIZADO	7618463	04/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020250769990000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JEAN DEREK DUARTE 10/05/1984	( ) 3015-9855	IVAN TADEU DUARTE

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61	00	00	S	15/06/20		Jean Derek
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14	00	00	S	15/06/20		Jean Derek
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$
15/06/20	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

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

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
15/06/20	15/06/20	15/06/20 Jean Derek	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321379
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/06/20	10/06/20	AUTORIZADO	7618474	04/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507699900000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JEAN DEREK DUARTE 10/05/1984	( ) 3015-9855	IVAN TADEU DUARTE

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	81010196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	15/06/20		Jean Derek
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	15/06/20		Jean Derek
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$
15/06/20	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

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 042 536.778-52

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
15/06/20 CPF 042 536.778-52	15/06/20	15/06/20 Jean Derek Duarte	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322743
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	10/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7626063	08/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251055060091410 2	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROBERTO DOS SANTOS MACHADO 10/01/1975	( ) -	SIRLEIA MARCIA PEREIRA MACHADO

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(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	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00		S	15/06/20		
2 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	15/06/20		
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$
15/06/20	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

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

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
15/06/20	15/06/20	15/06/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319006
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7604876	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506014689 02	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LINDALVA DA SILVA MACEDO 30/11/1964	( ) 3506-1398	REGINALDO ALVES MACEDO

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

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

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	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	16/06/20		
2	00	81001421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	16/06/20		
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$
16/06/20	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
16/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	16/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	16/06/20 Lindalva da Silva	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323685
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	323685	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251055061701501	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR 31/05/1953	( ) -	EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	81001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	12/06/20		
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$
12/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	12/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536 778-52	12/06/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 310696
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	05/05/20	08/05/20	AUTORIZADO	7544227	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025106550657025 2	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO CAETANO SIMOES 29/04/1962	( ) -	IVONETE SOARES FERREIRA SIMOES

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85400220-26
(IF) 85400149-26
(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	85402022 0	NÚCLEO METÁLICO FUNDIDO	26		1	299	0,00		S	26/05/20		
2	00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	26		1	154	0,00		S	27/05/20		
3	00	85401449	COROA TOTAL METÁLICA	26		1	472	0,00		S	01/06/20		
4	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	0,00		S	01/06/20		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	939	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 Assistente	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/06/20 Dr. Grégori J. Zvinokievicz Cirurgião Dentista CRO 111.393 CPF 048.536.778-52 ISS 786475	01/06/20 Dr. Grégori J. Zvinokievicz Cirurgião Dentista CRO 111.393 CPF 048.536.778-52 ISS 786475	01/06/20	/ /

Dr. Grégori J. Zvinokievicz

CIRURGIÃO-DENTISTA

Clínica Geral

C.R.O. 111.393

EU. JOÃO CAETANO SIMÕES. declaro que fui comunicado(A) pelo Dr. GREGORI JOSÉ ZVINOKIEVICZ que a coroa a ser instalada no elemento 26. NÃO SERÁ de material estético e sim uma coroa total metálica e estou de acordo com o procedimento.

ITANHAÉM 01/Junho/2020

ASSINATURA

Rua Leopoldo Diz, 509 - Praia dos Sonhos
CEP: 11.740-000 - Itanhaém-SP.
Cel Emergência: (13) 98182-8150

Telefone Consultório: (13) 3426-7046
Celular Consultório: (13) 98130-3568
E-mail: dr.grégoridentista@hotmail.com

Dr. Grégori J. Zvinokievicz

CIRURGIÃO-DENTISTA

Clínica Geral - adultos e crianças - ortodontia

C.R.O. 111.393

Declaração

O paciente João Caetano Simões quebrou a face palatina do dente 26, foi feito uma restauração DOM conforme GTO 199161, autorizo descontar a restauração e solicito serviços protéticos, núcleo metálico, coroa provisória e coroa total metálica.

27/04/20.

Dr. Grégori J. Zvinokievicz
Cirurgião Dentista
CRO 111.393
CPF 048.536.778-52

Av. Peruibe, 699 - Praia dos Sonhos
CEP: 11.740-000 - Itanhaém-SP.
Cel Emergência: (13) 98182-8150

Telefone Consultório: (13) 3426-7046
Celular Consultório: (13) 98130-3568
E-mail: dr.grégoridentista@hotmail.com

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320931 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	05/06/20	08/06/20	AUTORIZADO	7615811	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205105506017015 02	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIO LOGAR 03/04/1953	( ) 3458-4140	EVANI TERRA MELCHIOR LOGAR

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	34		1	73	00	0,00	S	12/06/20		
2	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	73	00	0,00	S	12/06/20		
3	00	81009421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14	00	0,00	S	12/06/20		
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$
12/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	160,00	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 da 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 Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

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
12/06/20 CPF 048 536.778-52	12/06/20	12/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 302310
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	16/03/20	19/03/20	AUTORIZADO	7486341	14/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250155061001	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS 03/02/1962	(13) 3426-2307	ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

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

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	082007 5	EXODONTIA SIMPLES DE	11		1	73,00	0,00		S	02/06/20		
2	00	081004 21	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	02/06/20		
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$
02/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	87,00	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
02/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	02/06/20 Dr Gregori J Zvinokievicz CRC 111 393 CPF 048 536.778-52	02/06/20	/ /

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 302312
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	16/03/20	19/03/20	AUTORIZADO	7486381	14/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510551061009611001	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS 03/02/1962	(13) 3426-2307	ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	82005085	EXODONTIA SIMPLES DE	12		1	73,00	0,00		S	02/06/20		
2-	00	82005085	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73,00	0,00		S	02/06/20		
3-	00	81005421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	02/06/20		
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$
02/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	160,00	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 Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393
CPF 048 536 778-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Médico	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/06/20	02/06/20	02/06/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 302324
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	16/03/20	19/03/20	AUTORIZADO	7486394	14/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510550609610001	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS 03/02/1962	(13) 3426-2307	ANTONIO CARLOS FREITRAS MARTINS

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	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04853677852	GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	111393	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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00		S	02/06/20		
2-	00	81040421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	02/06/20		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-			6016								/ /		
7-			57								/ /		
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$
02/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	87,00	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
. Favor anexar radiografia para pagamento

Dr Gregori J Zvinokievicz
CRC 111 393

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
02/06/20 CPF 048 536.778-52	02/06/20 CPF 048 536 778-52	02/06/20	/ /