Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

413518
INTERCÂMBIO

406414	06/11/20	09/11/20	AUTORIZADO	8030000	04/02/21

Dados do Beneficiário

00202532515000184102	POS REDE PRESTADORA	MASCARELLO CARROCERIAS E		
VERA LUCIA DE LIMA SOUSA 18/09/1968		ELI RODRIGUES DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
05546464	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - FAX
(0) 85100200
(0) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Realizados

	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Valor	Data	Assinatura do Cirurgião-Dentista
1	00851090	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	0,00	16/12/20	
2	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	0,00	16/12/20	
3	00852000	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	0,00	16/12/20	
4	00852000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	0,00	16/12/20	
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Data Prevista Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Valor Total R$: 2.950,00

Valor Total Participação R$: 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento conforme lista apresentada, 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 os procedimentos descritos / exibidos, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador credenciado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Substituto: / /

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/12/20

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/12/20

Carimbo, local e assinatura do Empregador: / /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

441093
INTERCÂMBIO

406414	15/12/20	15/12/20	AUTORIZADO	8146474	15/03/21

Dados do Beneficiário

00202520320915284102	POS REDE PRESTADORA	MASCARELLO CARROCERIAS E		
VERA LUCIA DE LIMA SOUSA 16/09/1968		( )	ELI RODRIGUES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
05550	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Valor
1	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOP	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	1-Consultório 2-Clínica 3-Domicílio 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	12,20	0,00

Declaro, que após ser esclarecido devidamente 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/prestador que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

	16/12/20	16/12/20	

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	14/12/20	15/12/20	AUTORIZADO	8140981	14/03/21

439956 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

00202525069697001	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS EMPREG EM		
CARLOS ROBERTO ALVES DE SOUZA 12/08/1983		( )	CARLOS ROBERTO ALVES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
0556464	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade (J)	Valor	Participação/Co-participação (R)	Rur	Data de Realização	Assinatura do Cirurgião-Dentista
00	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/20	
00	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/20	
00	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/20	
00	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	12/03/20	

Data Previsão Término do Tratamento: / /	Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	Total Quantidade (J): 144,00	Valor Total (R): 0,00	Total Participação / Co-participação (R):

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propriedades, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento), os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/03/20	Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/03/20	Data, local e carimbo da Empresa: / /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 0556 - CNES 9808690

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

135459

INTERCÂMBIO

406414 | 12/20 | 10/12/20 | AUTOH... | 8134813 | 12/03/21

Dados do Beneficiário

4-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 0 4 2 0 1 0 0 0 0 0 1 0 4
5-Plano	POS REDE PRESTADORA
6-Operadora	DENTAL UNI COOPERATIVA
7-Data Validade da Carteira	/ /
8-Número do Cartão Nacional de Saúde	
9-Nome	FABIANO RODRIGUES DA SILVA 12/08/1984
10-Telefone	( ) -
11-Nome da Mãe do Beneficiário	UELIDA PAMELA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pela Guia/Solicitação

12-Atendimento a RN	N	13-Nome do Profissional Solicitante	ESTEVAN SOARES SCHERER	14-Número no CRO	20852
15-UF	PR	16-Código CBO S		029 - Faturar Empresa	
17-Código do Contratado / CNPJ / CPF	0 5 5 6 4 6 4 4 9 4 8	18-Nome do Contratado Executante	ESTEVAN SOARES SCHERER	19-Número no CRO	20852
20-UF	PR	21-Código CNES			
22-Nome do Profissional Executante	ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO	20852	24-UF	PR
25-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

26-Tabela	27-Código do Procedimento	28-Descrição	29-Dente/Região	30-Face	31-Qtd	32-Quantidade (x3)	33-Valor	34-Fator Coparticipação (%)	35-Aut	36-Data de Realização	37-Assinatura do Cliente	38-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	12/12/20		Sabrino
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	IASD		1	3 6 0 0	0 0 0		S	12/12/20		Sabrino
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	IASE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	12/12/20		Sabrino
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	IAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	12/12/20		Sabrino
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	IAID		1	3 6 0 0	0 0 0		S	12/12/20		Sabrino
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

39-Data Previsão Término do Tratamento	40-Tipo de Atendimento: 1-Fisioterapia 2-Terapia Ocupacional 3-Consulta 4-Urgência/Emergência	41-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	42-Total Quantidade (x3) 1 7 8 0 0	43-Valor Total (R$) 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a 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.

44-Observação:

45-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	46-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 11/12/20	47-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 11/12/20 Sabrino	48-Data, local e Carimbo da Operadora: / /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 55.738.896/0001-50
CNES 6409649

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	0 9 / 2 0	0 9 / 1 2 / 2 0	AUTORIZADO	8131194	0 3 / 2 1	437560 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

0 0 2 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 1 6 2 0 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	
CRISKELLY FLORENTINO DA SILVA	25/02/1987		CRISKELLY FLORENTINO DA SILVA

Dados do Cirurgião-Dentista Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR		025 - Faturar Empresa
0 5 5 6 4 6 4 4 9 4 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR		
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR		

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Quantidade	Valor	Data
1	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37 0 1	8 1 0 0	0 0 0 5 / 12 / 20
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

	1 - Tratamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Emergência 4 - Urgência/Emergência		6 1 0 0	0 0 0	

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

Observação

/ /	13 / 12 / 20	12 / 12 / 20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.538.696/0001-90
CRO/PR 0089 - CNES 6805999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

409321
INTERCÂMBIO

Registro ANS	Data de Emissão da Guia	Data de Autorização	Senha	Número da Guia Principal	Data Validade da Senha
406414	30/01/20	03/11/20	AUTORIZADO	8014380	28/01/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	Plano	Empresa	Data Validade da Carteira	Número do Cartão Nacional de Saúde
00203159101020000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome	Telefone	Nome do Responsável
ALAN MAGNO MAGALHAES ROSA 08/05/1938	( )	ALAN MAGNO MAGALHAES ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	Nome do Profissional Solicitante	Número no CRO	UF	Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 05/10/2020

Código na Operadora / CNPJ / CPF	Nome do Contratado Executante	Número no CRO	UF	Código CBO S
05564646408	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Nome do Profissional Executante	Número no CRO	UF	Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Item	Código de Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Dente	Quantidade Liberada	Valor	Percentual Comparticipação R$	UF	Data de Realização	Assinatura
1	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DO	1	85,00	0,00		S	17/12/20	Alan
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Data Previsão Término do Tratamento	Tipo de Atendimento	Tipo de Faturamento	Total Quantidade Lib	Valor Total R$	Taxa Franquia / Comparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	85,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, anuo a autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas conforme previsto em contrato.

Observações

Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante	Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	Data, local e Carimbo da Clínica
/ /	17/12/20	17/12/20 Alan M M Rosa	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
RG/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

402800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 22/10/20	4-Data de Autorização: 26/10/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7987147	7-Data Validade da Senha: 20/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira: 00207357308715150000001022	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANDREIA DA ROSA 21/03/1990	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: MARCELO GERHARD		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Credenciado a RX: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES: 025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 05646464084	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES: Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100215 (1) 85100200 (1) 85100218
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qualificador UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00850210000	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88	0,00	0,00	S	10/11/20		Andreia
2-	00850218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122	0,00	0,00	S	10/11/20		Andreia
3-	00850196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	81	0,00	0,00	S	10/11/20		Andreia
4-	00850218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122	0,00	0,00	S			
5-	00850210	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88	0,00	0,00	S			
6-	00850210	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88	0,00	0,00	S			
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Qualificador UR: 560,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo 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 os(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento, de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que apresentar 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: Londrina Dr. Estevan Soares Scherer CRO/PR	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: Londrina Andreia da Rosa	53-Data, local e assinatura do Executante: / /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 03.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 0000000

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

427012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 25/11/20	3-Data de Autorização: 14/12/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8066601	6-Data Validade da Senha: 23/02/21

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira: 002025325327669000000101	8-Plano: POS REDE PRESTADORA	9-Registro: DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira: / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde:
12-Nome: JORGE GABRIEL DA SILVA MARTINEZ 14/08/1996	13-Sexo: M	14-Nome Social: JORGE GABRIEL DA SILVA MARTINEZ		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Identificador: N	16-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	17-Número no CRO: 20852	18-UF: PR	19-Código CBO:	025 - Faturar Empresa
20-Código do Operador: 05644444	21-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	22-Número no CRO: 20852	23-UF: PR	24-Código CNES:	Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 (1) 85100214 (1) 85100210 (1) 85100200 (1) 85100200
25-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		26-Número no CRO: 20852	27-UF: PR	28-Código CBO:	

Dente de Tratamento / Procedimentos Solicitados

29-Tabela	30-Código do Procedimento	31-Descrição	32-Dente/Região	33-Face	34-Qtd	35-Quantidade	36-Região	37-Regime/Canal Rd Execução	38-Ref	39-Data de Realização	40-Hora Inicial	41-Hora Final	42-Assinatura
1	00805100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88	00	00	S	16/12/20			Sobe
2	00805100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122	00	00	S	16/12/20			Sobe
3	00805100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88	00	00	S	16/12/20			Sobe
4	00805100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	81	00	00	S	16/12/20			Sobe
5	00805100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	81	00	00	S	16/12/20			Sobe
6	00805100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88	00	00	S	16/12/20			Sobe
7	00805100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	122	00	00	S	16/12/20			Sobe
8	00805100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	88	00	00	S	16/12/20			Sobe
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência 5-	45-Grau de Participação: 1-Titular 2-Parcial	46-Total Quantidade: 07	47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia Coparticipação R$: / /				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que sou pessoalmente(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), fui/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, os honorários devidos, de 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: 16/12/20 Dr. Estevan Soares Scherer CRO/PR 20852 Cirurgião-Dentista	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/12/20 Sobe	53-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: / /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.856/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 0080999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	10/12/20	10/12/20	1 - IDADO	8130136	10/03/21

INTERCHANGE

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0 2 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 0 1 4 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Contratante: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: FERNANDO LUIZ DORNELLES ZARTH 25/02/1981		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: FERNANDO LUIZ DORNELLES ZARTH	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:
21-Código do Contratado / Cheque / CPF: 0 5 5 0 4 5 4 4 9 4 8	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtd Autorizada UO	37-Valor	38-Valor a ser pagoCoparticipação R$	39-Fat	40-Data de Realização	41-Número do Dente	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	16	12	
2	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0		S	16	12	
3	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	16	12	
4	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	16	12	
5	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0		S	16	12	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista / Período do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UO	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência	1-Total 2-Parcial	1 7 8 0 0	0 0 0	

Declaro, que ajuste ser sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme quanto informados, 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 Assinatura do Representante Legal da Operadora
/ /	16/12/20	16/12/20	/ /

Cirurgião-Dentista
CRO/PR 20852

ODONTOLIFE
CNPJ: 06.138.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

423713
INTERCÂMBIO

406414	20/11/20	21/11/20	AUTORIZADO	8373125	18/02/21

Dados do Beneficiário

00202528445455300000012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
HENRIQUE LUCAS MORONI DE OLIVEIRA 25/09/2007				LEANDRA REGINA MORONI DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Requisitante para Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
0356464048	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Quantidade Autorizada	Dente	Face	Data	Código de Realização
1	00810000	CONSULTA ODONTOLOGICA	1	34	00	00	16/12/20
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Data Previsão Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Urgência Odontológica 3-Orientação 4-Urgência Emergência

Tipo de Tratamento: 1-Total 2-Parcial

Total Procedimentos: 34

Valor Total R$: 0,00

Declaro, que aqui lei sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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 as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) (electivo) acima, é por mim assumido(s). Foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo e Concordo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assine este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas conforme previstas em contrato.

Observações:

Data(s) Início e Acabamento do Cirurgião-Dentista Executante: / / / /

Data(s) Início e Acabamento do Cirurgião-Dentista: 16/12/2020

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR

Data(s) Início e Acabamento do Auxiliar: 16/12/2020

Carimbo do Cirurgião-Dentista: CLÍNICA ODONTOLÓGICA ESTEVAN SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

423923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 20/11/20	5-Data de Autorização: 24/11/20	6-Senha: AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal: 6076372	9-Data Validade da Senha: 18/02/21

423923 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

10-Número da Carteira: 002025284403000002	11-Plano: POS REDE PRESTADORA	12-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Data Validade da Carteira: / /	14-Número do Cartão Nacional de Saúde:
15-Nome: HENRIQUE LUCAS MORONI DE OLIVEIRA 25/09/2007		16-Telefone: ( )	17-Nome do titular do plano: LEANDRA REGINA MORONI DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Identificador: N	19-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	20-Número no CRO: 20852	21-UF: PR	22-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
23-Código no Operadora - CNPJ / CPF: 05644644908	24-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	25-Número no CRO: 20852	26-UF: PR	27-Código CNES:
28-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		29-Número no CRO: 20852	30-UF: PR	31-Código CBO S:

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Qtd	38-Quantidade LIS	39-Valor	40-Valor Coparticipação R$	41-Au	42-Data de Realização	43-Indice da Guia	44-Assinatura
1-	00684019	PROFILAXIA: POLIMENTO	MASO		1	35,00		0,00	S	16/12/20		
2-	00684019	PROFILAXIA: POLIMENTO	MASE		1	35,00		0,00	S	16/12/20		
3-	00684019	PROFILAXIA: POLIMENTO	MAIE		1	35,00		0,00	S	16/12/20		
4-	00684019	PROFILAXIA: POLIMENTO	MAID		1	35,00		0,00	S	16/12/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

46-Data Previsão Término do Tratamento: / /	48-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	49-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	50-Total Quantidade LIS: 140,00	51-Valor Total R$: 0,00 / 52-Total Parcela Coparticipação R$:

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

53-Observação:

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 16/12/20	56-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 16/12/20	57-Carimbo do Cirurgião-Dentista: CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.596/0001-30 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

437156
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 09/12/2020	4-Data de Autorização: 10/12/2020	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8129202	7-Data Validade da Senha: 09/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002025319709230000101	9-Plano: PÓS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: CARLOS ANDRE DOS SANTOS	15/09/1983	14-Telefone: ( )	15-Nome de Mãe do paciente: CARLOS ANDRE DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Mãe: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
21-Código no Contratado / CNPJ / CPF: 05564648400	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	(51)85100200 (51)85100210 (51)85100250 (51)85100250 (51)85100200 (51)85100250 (51)85100200 (51)85100200
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:	

Dente de Tratamento / Procedimentos Realizados

30-Dente	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Face/Região	34-Face	35-OH	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Acid	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88	00	00		15/12/20		
2	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88	00	00		15/12/20		
3	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88	00	00		15/12/20		
4	00850210	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	122	00	00		15/12/20		
5	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88	00	00		15/12/20		
6	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88	00	00		15/12/20		
7	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88	00	00		15/12/20		
8	00850200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DO	1	88	00	00		15/12/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade: 73800	47-Valor Total R$: 000	48-Total Franquia / Coparticipação R$:

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

49-Observação:

50-Data, Assinatura do Cirurgião Contratado Solicitante: / /	51-Data, Assinatura do Cirurgião Contratado: 15/12/20	52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/12/20	53-Data, Assinatura do Responsável pela Operadora: / /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
PR - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

406414	07/2020	09/12/2020	AUTORIZADO	8121104	03/21

435420 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025285270801401	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:			
13-Nome: JESSICA VAZ DE SOUZA 20/02/1992	14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: JESSICA VAZ DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S: 025 - Fabricar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05588640401	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

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-Valor pela Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Assinatura do Cirurgião-Dentista	42-Assinatura do Beneficiário
1- 00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	09/12/20		
2- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	09/12/20		
3- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	09/12/20		
4- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	09/12/20		
5- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	09/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

42-Data Previsão Término do Tratamento: / /	43-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US: 1780	46-Valor Total R$: 0,00
46-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prós/cons, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a 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), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Estevan Soares Scherer Cirurgião-Dentista CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.238.896/0001-50 CRO/PR 0016 - CNES 6808999

OdontoLife

432 K9

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

4064	09/12/20	10/	AUTORIZADO	8129208	09/03/21	INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

0002532191972320000012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
JULLYANA FRANCO DE ALMEIDA DOS SANTOS 17/02/1985		( )	CARLOS ANDRE DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
0556464048	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 85100200 (0) 85100200
(0) 85100215 (0) 85100215
(0) 85100200 (0) 85100216

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Dente	Face	Qtd	Data	Valor	Guia
0085102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	5/4/12
0085102018	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	5/4/12
0085102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	5/4/12
0085102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OD	1	88,00	5/4/12
0085102018	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	122,00	5/4/12
0085102018	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122,00	5/4/12

Data Prevista Término do Tratamento	Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	Total Quantidade UR: 630,00	Valor Total R$: 0,00	Total Pago (Coparticipação) R$:

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

Observação:

Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	16/12/20	16/12/20	Data, local e carimbo do Cirurgião-Dentista

CLÍNICA ODONTOLIFE SCHERER LTDA
CNPJ: 07.750.906/0001-50
CRO/PR 1306 - CRO/PR 20852

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

412982
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 05/11/20	3-Data de Autorização: 06/11/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8027669	6-Data Validade da Senha: 03/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0020250203150003	9-Nome: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: MASCARELLO CARROCERIAS E	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JAQUELINE DE LIMA SOUSA 24/04/2002	14-Telefone: ( ) -	15-Nome do Titular do plano: ELI RODRIGUES DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Pcd: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564646498	22-Nome do Cirurgião Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CBO S:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

Dados do Atendimento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Comparticipação R$	39-Fase	40-Data de Realização	41-Hora de Início	42-Assinatura
1-	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00	00	S	15/12/20		
2-	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	15/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 122	47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia / Comparticipação R$:				

Declaro, que ainda 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 executante e arcar com as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 as custas conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável: 15/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 15/12/20	53-Data, local e Carimbo da Operadora: / /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1095 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

409912
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 03/11/20	4-Data de Autorização: 03/11/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8016494	7-Data Validade da Senha: 01/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002023253019064	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: MASCARELLO CARROCERIAS E	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ADRIANA DE LIMA SOUSA 01/08/1995	14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do Plano: ELI RODRIGUES DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 05464564409	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:		

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

30-Dente	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Face/Região	34-Face	35-QNO	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Qtd	40-Data de Realização	41-Marca das Obras	42-Legislação
1- 00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00	00	S	16/12/20		
2- 00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	16/12/20		
3- 00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	16/12/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 183,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia/Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme ficha apresentada, 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 especificado(s), foram(ou) esclarecido(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 este 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: 16/12/20	52-Data, local e assinatura do Beneficiário (Responsável): 16/12/2020	53-Data, local e carimbo da Empresa:	

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.238.896/0001-50
CRO/PR 5.006 - CNES 9926999

Estevan Soares Scherer
CRO/PR 20852

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

427272
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 25/11/20	4-Data de Autorização: 25/11/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8087952	7-Data Validade da Senha: 23/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002025319196300001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Nome: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LINA SOFIA MORA RIOS - 06/03/1993	14-Telefone: ( ) -	15-Nome da Mãe do plano: LINA SOFIA MORA RIOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564646409408	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome da Clínica	42-Assinatura
1-	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	16/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 61,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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), foram realizados em meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome, por intermédio do profissional contratado que assina este 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: 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 16/11/20	53-Data, local e Carimbo da Operadora: / /

Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

UNIDENTAL ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.736.380/0001-50
CRO/PR 1396

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414 | 03/12/2020 | AUTORIZADO | 3112962 | 03/01/2021 | 435253 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

Número do Cartão: 0 0 2 0 2 5 3 3 2 0 2 1 0 0 0 5 0 1 0 1
Plano: POS REDE PRESTADORA
Operadora: DENTAL UNI COOPERATIVA
Data Validade do Cartão: / /
Número do Cartão Nacional de Saúde:
Nome: LEILA ROBERTI 22/07/1968
Telefone: ( ) -
Nome do titular do plano: LEILA ROBERTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a Rn: N
Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
Número no CRO: 20852 UF: PR Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
01/05/2020

Código na Operadora / CNPJ: 0 5 5 0 4 6 4 4 0 4 8
Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
Número no CRO: 20852 UF: PR Código CNES:

Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
Número no CRO: 20852 UF: PR Código CBO S:

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Item	Código de Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UO	Valor	Valor Total/Coparticipação R$	Pad	Data de Realização	Número do Dente 43 Anterior
1	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	8 1 0 0	0 0 0		S	19/02/2021	
2	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	8 1 0 0	0 0 0		S	19/02/2021	
3	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	19/02/2021	
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Data Previsão Término do Tratamento: / /
Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência
Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
Total Quantidade UO: 2 1 0 0 0
Valor Total R$: 0 0 0
Total Franquia / Coparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, ser-lhe bem 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 ao(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/ram 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

Data, local e Assinatura do Beneficiário/Contratante Solidário: / /
Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 19/02/2021
Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/02/2021
Data, local e Carimbo da Empresa: / /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.406/0001-59
CRO/PR - CNES 9806990

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

437254
INTERCÂMBIO

406414	09/12/20	10/12/20	AUTORIZADO	8129718	09/03/21

Dados do Beneficiário

00202502829400101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAGUAPY		
ANA BEATRIZ SOUZA DE BRITO 22/11/1991			ANA BEATRIZ SOUZA DE BRITO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
05546409409	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Nº Item	1º Código de Procedimento	2º Descrição	3º Dente/Região	4º Face	5º FDI	6º Quantidade US	7º Valor	8º Franquia/Coparticipação R$	9º Aut	10º Data de Realização	11º Sinais de Clínica/Alterações
1	00811005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	000	19/12/20		
1	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASO		1	38	00	000	19/12/20		
1	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38	00	000	19/12/20		
1	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38	00	000	19/12/20		
1	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38	00	000	19/12/20		
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											

	1-Tratamento; 2-Odontologia; 3-Exame Radiologico; 4-Cirurgia; 5-Avaliação de Implantes	1-Total; 2-Parcial	1780	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, tendo sido apresentado, aceito a autoria e evolução 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) em meu consultório e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado. Comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

	19/12/20	19/12/20	

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

436126

406414	07/12/20	08/12/	AUTORIZADO	8124152	07/03/21	IN...CAMBIO

Dados do Beneficiário

00202589749216012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
SOPHIA GABRIELA MACHADO MOREIRA 30/06/2012		GILSON SANTOS MOREIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
05546464409	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	(1) 85100200 (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Franquia Co-participação R$	Rol	Data de Realização	Nome da Gloss	Assinatura
1	00825859	EXODONTIA DE RAIZ	64		1	730	0,00		S	08/12/20		Bruno
2	00835909	EXODONTIA SIMPLES DE	52		1	730	0,00		S	08/12/20		Bruno
3	00840074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	490	0,00		S	08/12/20		Bruno
4	00840074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	24		1	490	0,00		S	08/12/20		Bruno
5	00840074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	490	0,00		S	08/12/20		Bruno
6	00840074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	490	0,00		S	08/12/20		Bruno
7	00840074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	490	0,00		S	08/12/20		Bruno
8	00851002	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OP	1	880	0,00		S	08/12/20		Bruno
9	00851002	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OP	1	880	0,00		S	08/12/20		Bruno
10	00851002	RESTAURAÇÃO RESINA	75	DO	1	880	0,00		S	08/12/20		Bruno
11	00851002	RESTAURAÇÃO RESINA	74	OD	1	880	0,00		S	08/12/20		Bruno
12	00851969	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	810	0,00		S	08/12/20		Bruno
13												
14												
15												

	1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Ortodontia 4 Urgência/Emergência	1 Total 2 Parcial	8.040,00	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 as custas previstas em contrato. Declaro, ainda que ele(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas conforme previsto em contrato.

Observação

	08/12/20	08/12/20 Bruno Moreira	

Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.718.490/0001-50 CRO/PR 0.0.0.0 - CNES 9480080

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

397959
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 405414	2-Data de Emissão da Guia: 16/10/20	3-Data de Autorização: 19/10/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 7966970	6-Data Validade da Senha: 14/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0027025325327140102	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANA PAULA DO AMARAL PEIXOTO 05/05/2000		14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do Plano: ADAIR RENATO DALL ANDRA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora - CNPJ / CPF: 05556464409408	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade (d)	37-Valor	38-Período Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome do Dente	42-Assinatura
1	00810650	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00,00		S	14/12/20		Anap
2	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	14/12/20		Anap
3	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	14/12/20		Anap
4	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	14/12/20		Anap
5	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	14/12/20		Anap
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia Anterior (R$): 1780,00	47-Valor Total (R$): 0,00	48-Total Participação Co-participação (R$):

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional executante e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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, os procedimentos que estão nesse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 19/10/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/10/20 Ana Paula	53-Data, Local e Carimbo da Empresa: / /

Ana Cristina Scherer
Atendente Autorizada
CRO/PR 7385

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CRO/PR 1286 - CNES 0008399

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

438512
INTERCÂMBIO

406414	10/12/20	11/12/20	AUTORIZADO	8135179	10/03/21

Dados do Beneficiário

00207028282700800001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIOUPY		
DANIELA TEREZA FONSECA 31/07/1991			DANIELA TEREZA FONSECA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
05546404809	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Valor	Data	Assinatura
	00185055	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	34,00	14/12/20	
	00185037	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	14/12/20	
	00185037	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASO	1	36,00	14/12/20	
	00185037	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	14/12/20	
	00185037	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	14/12/20	

Data Previsão Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Fotografia Odontologia 2-Exame Radiologia 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Guia(s) (R$): 17,00

Valor Total (R$): 0,00

Total Franquia / Co-participação (R$):

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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), 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.

Observação:

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 14/12/20

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Subscritor:

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 14/12/20

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
XV (PR) 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
Curitiba - CNES 6808...

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Nº

438440

INTERCÂMBIO

406414	10/10/0	10/12/20	AUTORIZADO	8134815	13/12/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0 0 2 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 0 8 4 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SONIA NAKASIMA POLINI 26/07/1963	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: SONIA NAKASIMA POLINI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 0 5 5 6 4 6 4 4 9 4 8	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Comparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	14/12/20		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	14/12/20		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0		S	14/12/20		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0		S	14/12/20		
5-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		S	14/12/20		
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 / Comparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 7 8 0 0	0 0 0	

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

49-Observação:

50-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável
/ /	14/12/20	14/12/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 09.[illegible]806/0001-50
CRO PR 7[illegible] CNES 6508999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	07/12/	28/12/20	AUTORIZADO	8120974	07/-/21

435427
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

00205265277080401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		
ROQUE CRISTALDO VELAZQUEZ 16/08/1989		( )	ROQUE CRISTALDO VELAZQUEZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
05546446448	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Valor	Data
1	00810005	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	34,00	08/12/20
2	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	08/12/20
3	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	08/12/20
4	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	08/12/20
5	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	08/12/20
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

Data Prevista Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Quantidade UO: 17800

Valor Total R$: 0,00

Total Franquia / Comparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autoria e execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações de higiene bucal e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que ele(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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(s) [illegible] mencionado que assina esse documento, os valores relativos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observações:

Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário: / /

Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista: 08/12/20

Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20

Data, local e carimbo da Empresa: 08/12/20

ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA. CNPJ: 07.734.820/0001-20 CRO/PR 1246 - ONES GRESSIN

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

434010
INTERCÂMBIO

1-Registro: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 03/12/20	4-Data de Autorização: 07/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 81115657
7-Data Validade da Senha: 03/03/21				

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0025325290500000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ELISANDRA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA 06/06/1980		14-Telefone: ( ) -	15-Nome da Mãe do plano: ELISANDRA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA	

Dados do Contratado (Responsável pela Contratação)

16-Atendimento à RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 05564464844	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 88100300

Dente do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UO	37-Valor	38-Percentual Co-participação R$	39-Hora	40-Data de Realização	41-Número do Dente	42-Assinatura
1	00651020	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	80	00	00		03/12/20		Elisandra
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UO: 80	47-Valor Total R$: 00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 mencionado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
Assinatura

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.775.696/0001-50
CRO/PR 1.000 - EMISS 6509979

50-Data, Hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, Hora e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 03/12/20	52-Data, Hora e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/12/20 - Elisandra	53-Data, Hora e Carimbo do Prestador: / /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

413573
INTERCÂMBIO

406414	06/11/20	06/11/20	AUTORIZADO	80303000	04/02/21

Dados do Beneficiário

00253253209005656000000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	
ELISANDRA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA 06/06/1980			ELISANDRA APARECIDA RODRIGUES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
05564649408	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

020 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 85100200 (0) 85100219
(0) 85100216 (0) 85100200
(0) 85100290 (0) 85100200

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

1	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DM	1	88,00	0,00		S	12/12/20	Elisandra
2	00851021800	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DMO	1	122,00	0,00		S	12/12/20	Elisandra
3	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S	12/12/20	Elisandra
4	00851021800	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOV	1	122,00	0,00		S	12/12/20	Elisandra
5	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88,00	0,00		S	12/12/20	Elisandra
6	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	88,00	0,00		S	12/12/20	Elisandra
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	580,00	0,00

Declaro, que ajuste ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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 as custas previstas 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 minha nome e por minha conta, ao prestador contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas conforme previsto em contrato.

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista

Elisandra

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.[illegible]/0001-50
CRO/PR [illegible] - CNES 6838299

12/12/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

436414 | 10/12/2020 | 10/12/2020 | AUTORIZADO | 34852 | 10/03/ | 436457 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 0 9 0 9 1 0 0 0 7 6 9 0 0 1
Plano: POS REDE PRESTADORA
Empresa: SINDICATO DOS EMPREG EM
Data validade da Carteira: / /
Número do Cartão Nacional de Saúde:
Nome: CARLOS ROBERTO ALVES DE SOUZA 12/09/1963
Telefone: ( ) - -
Nome do titular do plano: CARLOS ROBERTO ALVES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a PN: N
Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER
Número no CRO: 20852 UF: PR Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
Código no Conselho (CNPJ / CPF): 0 5 5 6 4 5 4 9 4 8
Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
Número no CRO: 20852 UF: PR Código CNES:
Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
Número no CRO: 20852 UF: PR Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Item	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Data de Realização	Assinatura do Cirurgião-Dentista
1	0 0 8 1 0 0 0 0 8 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0	8 12 20	
2	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	7 3 0 0	0 0 0	8 12 20	
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Data Previsão Término do Tratamento: / /
Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Orçamento 5-Ortodontia
Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
Valor Total em UR: 1 0 7 0 0
Valor Total R$: 0 0 0
Total Pago / Coparticipação R$:

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

Observação:

Data, local e assinatura do Beneficiário Contratante: / /
Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: / / 10/12/20
Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/12/20
Data, local e carimbo da operadora: / /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 02.558.895/0001-50
CRO/PR 2558
CNES 6898990

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

427593
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 4064414	2-Data de Emissão da Guia: 25/11/2020	3-Data de Autorização: / /	4-Senha: AGUARDANDO TOKEN DO	5-Número da Guia Principal: 8089159	6-Data Validade da Senha: 23/02/21

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira: 0020259420620000000102	8-Plano: POS REDE PRESTADORA	9-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira: / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde:
12-Nome: RAFAEL MARTINS GOMES 01/03/1982	13-Telefone: ( )	14-Nome da Mãe da Beneficiária: GILMARA DE SOUZA DUARTE		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN: N	16-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	17-Número no CRO: 20852	18-UF: PR	19-Código CBO-S: 025 -
20-Código da Operadora / Cód. CPF: 05646408	21-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	22-Número no CRO: 20852	23-UF: PR	24-Código CNES:
25-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO-S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade (X)	37-Valor	38-Franquia/Co-participação (R$)	39-Acid	40-Data de Realização	41-Número do Cheque ou Comprovante
01	08105065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			08/12/20	
02	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			08/12/20	
03	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			08/12/20	
04	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			08/12/20	
05	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			08/12/20	
06	08207515	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	72,00	0,00			11/12/20	
07	08207515	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	72,00	0,00			11/12/20	
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Prevista Término do Tratamento: / /	43-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consulta 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidades (X): 0,00	46-Valor Total (R$): 0,00
47-Total Franquia / Co-participação (R$):				

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

48-Observação:

49-Data, Assinatura do Beneficiário ou Responsável: / /	50-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 11/12/20	51-Data, Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 11/12/20 Rafael	52-Data, Assinatura do Contratado Executante: / /

Estevan Soares Scherer
CRO-PR 20852
Cirurgião-Dentista

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1266 - CNES 6598696

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

400414	03/11/2021	08/12/2020	AUTORIZADO	0112738	03/12/2021	455211 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0 0 2 0 2 5 3 3 8 8 1 6 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ALICE LUZIA ZIMMERMANN 24/08/1981	14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: ALICE LUZIA ZIMMERMANN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rn: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:	025 - Faturar Empresa
21-Código no Contratado (CNPJ / CPF): 0 5 5 6 4 6 4 4 9 4 8	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:	

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

30-Item	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UO	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Sinais de Obras 42-Observação
1	00851019606	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	610,00	0,00		S	08/12/20	
2	00851019606	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	610,00	0,00		S	08/12/20	
3	00851019606	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	610,00	0,00		S	08/12/20	
4	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/12/20	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Prevista Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Profilaxia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia(s) UO: 2170,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim examinado(s), 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 este 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: 08/12/20	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20	53-Data, local e carimbo da Operadora:

Estevan Soares Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.258.896/0001-50
CFO/PR 1005 - CNES 6909779

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

436989

40641	08/12/20	08/12/20	AUTORIZADO	8128470	08/03/21

TERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

Número da Carteira: 00225338816160000101	Plano: POS REDE PRESTADORA	Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	Data Validade da Carteira:	Número do Cartão Nacional de Saúde:
Nome: ALICE LUZIA ZIMMERMANN	24/08/1981	Telefone: ( )	Nome do Titular do plano: ALICE LUZIA ZIMMERMANN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN: N	Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	Número no CRO: 20852	UF: PR	Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564648409	Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	Número no CRO: 20852	UF: PR	Código CNES:
Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		Número no CRO: 20852	UF: PR	Código CBO S:

Dente/Região/Face/Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Participação R$	Aut	Data de Realização	Assinatura
1	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	12/12/20	
2	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/12/20	
3	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	12/12/20	
4	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	12/12/20	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Data Previsão Término do Tratamento:	Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orçamento 4-Urgência/Emergência	Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	Total Quantidade UR: 1440,00	Valor Total R$: 0,00 / Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

Observação

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:	Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/12/20	Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/12/20	Data, local e Carimbo do Contratado Executante:

Dr. Estevan Soares Scherer CRO 20852 Especialista

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA CNPJ: 05.622.898/0001-50 CRO PR 2496 CNES 6939870

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

386809
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 30/09/20	4-Data de Autorização: 02/10/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7923643
7-Data Validade da Senha: 29/12/20				

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0025 2 5 3 2 4 6 9 3 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUIZ THADEU BORGES KONART 26/01/1989	14-Titularidade:	15-Nome do titular do plano: LUIZ THADEU BORGES KONART		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 5 5 6 4 5 4 4 9 4 8	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Valor Co-participação R$	39-Fator	40-Data de Realização	41-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
0	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		5	02/12/20	
0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0	0 0 0		5	02/12/20	
0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0	0 0 0		5	02/12/20	
0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0	0 0 0		5	02/12/20	
0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0	0 0 0		5	02/12/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Previsão Término de Tratamento:	43-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	44-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US: 1 7 8 0 0	46-Valor Total R$: 0 0 0
47-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme ficha apresentada, 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 ciente do(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/labora documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação:

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 02/12/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/12/20	52-Data, local e Carimbo da Operadora:

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.798.996/0001-50
CRO/PR-1206 - CNES 4809991

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

434269
INTERCÂMBIO

406414	04/12/20	08/12/20	AUTORIZADO	8116699	04/03/21

Dados do Beneficiário

00205357040000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
GENAIR CORREA VIERA 17/09/1970		( )	RODRIGO CORREA VIERA BRUNISMANN	

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
05546446409	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Valor	Data	Assinatura
1	08510208	RESTAURAÇÃO RESINA	12 MVP	1	122,00	08/12/20	genair
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Data Previsão Término do Tratamento	Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	Total Quantidade UO: 122,00	Valor Total R$: 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 exerce esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 08/12/2020 Dr. Estevan Scherer CRO/PR 20852

Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/2020 Genair C Vieira

Carimbo: CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6896077

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	08/11/2020	09/12/2020	AUTORIZADO	3128472	01/01/2021

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00205338816000001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JOÃO VITOR MORAES FRAGA 02/05/1988	14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: ALICE LUZIA ZIMMERMANN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 05564644948	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:		

Guia de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Visto do Dente 42-Assinatura
1	00810005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	00	00	S	10/12/20	
2	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	00	00	S	10/12/20	
3	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	00	00	S	10/12/20	
4	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	00	00	S	10/12/20	
5	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	00	00	S	10/12/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 1780	47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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, o profissional contratado que emitiu 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-Contratado: 10/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/12/20	53-Data, local e Carimbo do Executante:

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA CNPJ: 03.895.000/0001-50 CONTRATADO - CNES 0000000

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

425696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 23/11/20	3-Data de Autorização: 24/11/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8081273	6-Data Validade da Senha: 21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002025321822000001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANDRESSA ALVES 23/08/1988		14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: ANDRESSA ALVES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564644909	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade UI	37-Valor	38-Valor em Comparticipação R$	39-Au	40-Data de Realização	41-Hora de Início	42-Assinatura
1-	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	00	00	S	10/12/20		
2-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	00	00	S	10/12/20		
3-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	00	00	S	10/12/20		
4-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	00	00	S	10/12/20		
5-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	00	00	S	10/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Hospitalar	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UI: 1780	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 10/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/12/20	53-Data, local e Carimbo da Operadora: / /

Dr. Estevan Scherer
Assinatura Contratada
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ESTEVAN SCHERER LTDA
CNPJ: 07.7[illegible]/0001-50
ARAUCÁRIA - PARANÁ

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	09/14	09/12/20	AUTORIZADO	6131581	09/21

437675 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

00202527824101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		
VICTORIA YUKI MORI UNE 18/09/1996			VICTORIA YUKI MORI UNE	

Dados do Contratado Executante / Profissional Executante

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
05546474909	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

Item	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Dente	Quantidade	Valor	Data	Assinatura
1	00181006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34 00	00 00	09/12/20	
2	00185347	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36 00	00 00	09/12/20	
3	00185347	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36 00	00 00	09/12/20	
4	00185347	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36 00	00 00	09/12/20	
5	00185347	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36 00	00 00	09/12/20	
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170 00	0 00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, fases, custos e alternativas de tratamento, conforme acima consignados, aceito a autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as despesas previstas 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, o valor dos honorários, os salários referentes ao tratamento realizado, outorgando-me a dar quitação das custas conforme previsto em contrato.

Observações

	10/12/20		

CLINICA ODONTOLOGICA ESTEVAN SCHERER LTDA CNPJ 07.738.500/0001-50 RUA PARANÁ 1204 - FONE: 3446-7070

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

435545
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 07/12/20	3-Data de Autorização: 07/12/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8121487	6-Data Validade da Senha: 07/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0020205300600500000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PEDRO FABIAN DE SOUSA SILVA 30/01/1995		14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: PEDRO FABIAN DE SOUSA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564646449108	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 46100206

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-UM	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1 - 00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	08/12/20		
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 88,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, por mim aqui 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), foram realizados para meu atendimento 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: 08/12/20	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20	53-CNES, Local e Carimbo do Prestador:

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.[illegible]-896/0001-50
CRO/PR [illegible]
CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

423906
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 20/11/20	3-Data de Autorização: 24/11/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8076309	6-Data Validade da Senha: 18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025336060500001015	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PEDRO FABIAN DE SOUSA SILVA 30/01/1995		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: PEDRO FABIAN DE SOUSA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564648449	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Valor em Coparticipação R$	39-Rol	40-Data de Realização	41-Marca da Obra	42-Assinatura
22	00101055	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
22	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
22	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
22	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
22	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	08/12/20		
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 1780	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R$:

Declaro, que agora ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, e também sobre complicações, acordo 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador contratado que assina este 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: 08/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.739.890/0001-50
CRO JURIDICO 2016 - CNES 6408999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

423718
INTERCÂMBIO

406414	20/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8073131

Data Validade da Senha: 18/02/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira: 002025336360500000102	Plano: POS REDE PRESTADORA	Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	Data Validade da Carteira: / /	Número do Cartão Nacional de Saúde:
Beneficiário: GISLAINE CRISTINA LUCHETI 12/11/1997		Telefone: ( ) -	Nome do Mãe do Beneficiário: PEDRO FABIAN DE SOUSA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Administração a Pto: N	Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	Número no CRO: 20852	UF: PR	Código CBO: 025 - Faturar Empresa
Código na Operadora (Cpf / Cnpj): 05564644948	Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	Número no CRO: 20852	UF: PR	Código CNES:
Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		Número no CRO: 20852	UF: PR	Código CBO:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Região	Face	Dente	Quantidade	Valor	Coparticipação R$	Qtd	Data de Realização	Assinatura do Cirurgião Dentista
1	00810506	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		1	18/02/2021	
2	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		1	18/02/2021	
3	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		1	18/02/2021	
4	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		1	18/02/2021	
5	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		1	18/02/2021	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

Data Previsão Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Quantidade UI: 178,00

Valor Total R$: 0,00

Total Franquia / Coparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os projetos, fases, 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 os(o) procedimento(s) descrito(s) acima, e que tem assinado(s), foi/foram realizado(s) por mim consentido e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / / /

Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/02/2021

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO-PR 20852

Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/02/2021

Data, Local e Carimbo da Empresa: / / /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

433538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 03/12/20	4-Data de Autorização: 07/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8113946	7-Data Validade da Senha: 03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00203532464639300001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUIZ THADEU BORGES KONART 26/01/1989		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: LUIZ THADEU BORGES KONART	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Pcd: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564648000	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200 (1) 85100218
(1) 85100200
(1) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Comparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DV	1	88	0,00		S	08/12/20		
2	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88	0,00		S	08/12/20		
3	00851018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122	0,00		S	08/12/20		
4	00851018	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	122	0,00		S	08/12/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Parcial 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 420,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Comparticipação R$:

Declaro, que acho ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima especificado, estou a 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 conveniado 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: 08/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20	53-Data, local e Assinatura do Contratado Executante: SCHERER LTDA. CNPJ: 07.438.896/0001-30 CRO/PR 1206 - CNES 6508999

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO-PR 20852

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

433546
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 03/12/20
4-Data de Autorização: 07/12/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8113971
7-Data Validade da Senha: 03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 3 2 4 6 9 3 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUIZ THADEU BORGES KONART 26/01/1989
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do Titular do plano: LUIZ THADEU BORGES KONART

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Pts: N
17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
18-Número no CRO: 20852
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 5 5 6 4 6 4 4 9 4 8
22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
23-Número no CRO: 20852
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
27-Número no CRO: 20852
28-UF: PR
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200 (1) 85100225
(1) 85100200
(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome do Dente	42-Assinatura
1 - 00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00	0,00	S	10/12/20		
2 - 00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VD	1	88,00	0,00	0,00	S	10/12/20		
3 - 00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00	0,00	S	10/12/20		
4 - 00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VMPD	1	122,00	0,00	0,00	S	10/12/20		
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

44-Data Previsão Término do Tratamento: / /
45-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
46-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
48-Total Guia(s) UR: 3860,00
47-Valor Total R$: 0,00
49-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido acerca as propostas, 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), foram realizado(s) com meu consentimento de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Observação:

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: / /
52-Carimbo, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/12/20
Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852
53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: / /
54-Data, local e Assinatura do Contratado: / /

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.876/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6556

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

406414	07/10/0	08/12/20	AUTORIZADO	6120975	03/21

435429 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 02025345324693000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUIZ THADEU BORGES KONART 25/01/1989	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: LUIZ THADEU BORGES KONART		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05546404490001	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(5) 85100318

Para os Tratamentos / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade LIS	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00851021 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DOV	1	122,00	0,00		S	08/12/20		
2-	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	08/12/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guias LIS: 183,00	47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Coparticipação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas 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 este Documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 08/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20	53-Data, local e Carimbo da Operadora: / /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião-Dentista

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.999/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 9999999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

.0414	07/12/20	__/12/20	AUTORIZADO	8120981	07/03/21

135431 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 3 2 7 3 1 4 0 0 0 0 0 1 0 2	8-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANA PAULA DO AMARAL PEIXOTO 05/09/2000	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: ADAIR RENATO DALL ANCRA JUNIOR		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 0 5 5 6 4 6 4 4 9 4 8	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

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-Rol	40-Data de Realização	41-Visitas de Obras	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6 1 0 0	0 0 0		S	09/12/20		Ana P.
2-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1 0 0	0 0 0		S	09/12/20		Ana P.
3-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1 0 0	0 0 0		S	09/12/20		Ana P.
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: __/__/__	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 1 8 3 0 0	47-Valor Total R$: 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
PJ: 07.738.896/0001-30
CRO/PR 1306 - CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: __/__/__	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/12/20 Ana Paula	53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

433865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/12/20	07/12/20	AUTORIZADO	8115028	03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203275314000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA DO AMARAL PEIXOTO 05/06/2000	( )	ADAIR RENATO DALL ANORA 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	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564464048	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	88,00	0,00	S	05/12/20		Ana P
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

49-Observação

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1306 - CNES 6808999

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 do Executante
/ /	05/12/20	/ / Ana Paula	/ /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

412206
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	5-Data de Emissão da Guia: 05/11/20	6-Data de Autorização: 09/11/20	7-Senha: AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal: 8025088	9-Data Validade da Senha: 03/02/21

Dados do Beneficiário

10-Número da Carteira: 02025327314000102	11-Plano: POS REDE PRESTADORA	12-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	13-Data Validade da Carteira: / /	14-Número do Cartão Nacional de Saúde:
15-Nome: ANA PAULA DO AMARAL PEIXOTO 05/09/2000		16-Telefone: ( ) -	17-Nome do titular do plano: ADAIR RENATO DALL ANORA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a PN: N	19-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	20-Número no CRO: 20852	21-UF: PR	22-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05556468400102	24-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	25-Número no CRO: 20852	26-UF: PR	27-Código CNES:	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100018
28-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		29-Número no CRO: 20852	30-UF: PR	31-Código CBO S:	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Quantidade Requisitada	36-Face	37-Dente	38-Quantidade LIB	39-Valor	40-Valor Coparticipação R$	41-Ação	42-Data de Realização	43-Região da Cidade	44-Assinatura
1-	00850100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	80,00	0,00		S	09/12/20		
2-	00850100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VO	1	80,00	0,00		S	09/12/20		
3-	00850100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	80,00	0,00		S	09/12/20		
4-	00850100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VDO	1	122,00	0,00		S	09/12/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

46-Data Previsão Término do Tratamento: / /	47-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	49-Valor Quantidade LIB: 305,00	50-Valor Total R$: 0,00	51-Valor Franquia / Coparticipação R$:

Declaro: Que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prognósticos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima especificado, 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 ele(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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

52-Observação:

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.718.406/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808099

53-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: / /	54-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 09/12/20	55-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/12/20 Ana Paula	56-Data, Local e Carimbo do Contratado: / /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

405397
INTERCÂMBIO

4364'4	26/10/20	27/10/20	AUTORIZADO	7997703	24/01/21

Dados do Beneficiário

00202822708000401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		
DANIELLE BORTOLINI DE OLIVEIRA 10/11/1983			DANIELLE BORTOLINI DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
0556464464	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Dados do Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Dente	Quantidade (A)	Valor	Data	Assinatura do Profissional
22	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	05/12/20	
22	00850047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	05/12/20	
22	00850047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	05/12/20	
22	00850047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	05/12/20	
22	00850047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	05/12/20	

Data Prevista Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Total Quantidade (A): 17,80

Valor Total R$: 0,00

Total Parcelas / Quantidade R$:

Declaro, que após ser pelo devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo as informações apresentadas, aceito a indicação e 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), foram realizado(s) conforme consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome o profissional contratado que assina nos documentos, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

/ /	05/12/20	05/12/20	/ /

ESTEVAN SOARES SCHERER
CRO-PR 20852
Assinatura do Cirurgião Dentista

ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA
CNPJ: 07.130.959/0001-50
CRO-PR 20852
ESTEVAN SOARES SCHERER
CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

422505
INTERCÂMBIO

420414	19/11/20	26/11/20	AUTORIZADO	8067662	17/02/21

Dados do Beneficiário

00202522822701401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAGUAPY		
CRISKELLY FLORENTINO DA SILVA 25/02/1987			CRISKELLY FLORENTINO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pela Execução

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
0505404484	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Face	Descrição	Quantidade	Valor
1 - 00811005		CONSULTA ODONTOLOGICA	1	34,00
2 - 00853047	HASO	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00
3 - 00853047	HASE	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00
4 - 00853047	HAIE	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00
5 - 00853047	HAID	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

	1 - Faturamento Odontológico 2 - Exame Radiológico 3 - Consultoria 4 - Urgência/Emergência	1 - Total 2 - Parcial	17,00	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, a 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.

Observação

	09/12/20	09/12/20	

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 10.738.826/0001-50
CRO PR 1206 - CNES 6606600

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

425621
INTERCÂMBIO

406414	23/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8081020	21/02/21

Dados do Beneficiário

00202527080000243011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIQUAPY		
KETLIN JESSICA DANTAS CARNEIRO 14/10/1991		( )	KETLIN JESSICA DANTAS CARNEIRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
05564648	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

Nº	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade (J)	Valor	Valor Coparticipação R$	Data de Execução	Assinatura do Cirurgião Dentista
1	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	24/11/20	
2	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	24/11/20	
3	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	24/11/20	
4	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	24/11/20	
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

	1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, 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 SOFTBRIDGE e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, os procedimentos que constam nesse documento, de valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação:

	24/11/20	24/11/20	

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.235.896/0001-50 CRO/PR 1.246 - CONTROL ADMINISTRADORA

Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

406414	12/20	08/12/20	AUTORIZADO	8120973	07/03/21

455-20
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0022527280001019	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: EDISON CARNEIRO 24/11/1969	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: EDISON CARNEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Dis.: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:
21-Código no Operadora (CNPJ / CPF): 05645448	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade (U)	37-Valor	38-Fator/Co-participação (%)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00810005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S	08/12/20		
2-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	08/12/20		
3-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	08/12/20		
4-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HIAE		1	360	000		S	08/12/20		
5-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	08/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia/Solicitado (U): 1760	47-Valor Total (R$): 000
48-Total Franquia / Co-participação (R$):				

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

49-Observação:

50-Data, Sinal e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /

51-Data, Sinal e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 08/12/20

52-Data, Sinal e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/12/20

53-Data, Sinal e Carimbo da Empresa: / /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806909

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

425699
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 23/11/20	4-Data de Autorização: 24/11/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8081274	7-Data Validade da Senha: 21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00 2052 7508 0000 2751	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Acomodação: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: DEBORA SANTOS DOS ANJOS 16/05/1994		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: DEBORA SANTOS DOS ANJOS	

Dados do Contratado Responsável pela Autorização

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564646409	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Valor/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Assinatura do Cliente	42-Assinatura
1-	00081065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	09/12/20		
2-	00085304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	09/12/20		
3-	00085304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	09/12/20		
4-	00085304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HWD		1	36	00	00	S	09/12/20		
5-	00085304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	09/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 1780	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Coparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os(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, o(s) prestador(es) 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: 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: PR 11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Dr. Estevan Soares Scherer
Consultório Odontológico
CRO-PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA ESTEVAN SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.809/0001-50
RUA PIN 1306 - ENES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

436328
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 08/12/20	4-Data de Autorização: 09/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8125061	7-Data Validade da Senha: 08/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0022522707190300001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: TELEVISAO NAIPI LTDA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RAIVI DUARTE BATISTA 03/02/1981	14-Telefone:	15-Nome da Mãe da Beneficiária: RAIVI DUARTE BATISTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Pto: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05546409405	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Fases	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-OH	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Período/Quantidade (R$)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome do Dente	42-Assinatura
1-	00810055	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	00,00	S	09/12/20		
1-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38	00,00	00,00	S	09/12/20		
1-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38	00,00	00,00	S	09/12/20		
1-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38	00,00	00,00	S	09/12/20		
1-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38	00,00	00,00	S	09/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												

43-Data Prevista Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Valor Guia(R$): 1.780,00	47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Coparticipação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com as custas previstas 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 as custas conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante:	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 09/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/12/20 Raivi Duarte	53-Data, local e Carimbo da Empresa:

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO-PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.958.896/0001-50
CRO-PR 206 - CNES 6808707

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

425966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 24/12/20	3-Data de Autorização: 07/12/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8082449	6-Data Validade da Senha: 22/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002523365360301	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JOSIANE RODRIGUES DA SILVA 01/10/1987		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: JOSIANE RODRIGUES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rn: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO: 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF: 05846448000	22-Nome do Cirurgião Responsável: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-ASO	36-Quantidade (R)	37-Valor	38-Percentual Comparticipação (%)	39-Pct	40-Data de Realização	41-Valor da Glosa	42-Justificativa
1- 00	81005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00			05/12/20		
2- 00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00			05/12/20		
3- 00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00			05/12/20		
4- 00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00			05/12/20		
5- 00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00			05/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 1780	47-Valor Total R$: 00	48-Total Participação / Comparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a indicação e 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), 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 este 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 Responsável: 03/12/20	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/12/20	53-Data, local e carimbo da Empresa: / /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
ROND 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.758.896/0001-50
CRO/PR 0008 - CNES 4080499

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

433317
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 03/12/20	4-Data de Autorização: 07/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8113207	7-Data Validade da Senha: 03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00202532464609000011	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUIZ THADEU BORGES KONART 26/01/1969		14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: LUIZ THADEU BORGES KONART	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Exige Senha p. Pro: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564648409	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(5) 85100218
(8) 85100218
(9) 85100260

Dados do Tratamento / Procedimento Solicitado

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dia	36-Quantidade (U)	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Fase	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	85102108	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122000	000			03/12/20		
2	00	85102108	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VML	1	122000	000			03/12/20		
3	00	85102080	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	882000	000			03/12/20		
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Endodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia/Senha (U): 3320	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, Rubrica e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:	51-Data, Rubrica e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 03/12/20	Data, Rubrica e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/12/20	52-Data, Rubrica e Assinatura do Empresa:

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 09.338.896/0001-55
CRO/PR 7205 - CNES 6208990

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

433521
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 4064 14	2-Data de Emissão da Guia: 03/12/20	3-Data de Autorização: 07/12/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8113909	6-Data Validade da Senha: 03/03/21

Dados do Beneficiário

7-Número do Cartão: 00 2 05 3 2 4 6 9 3 0 0 0 0 0 1 0 1	8-Plano: POS REDE PRESTADORA	9-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade do Cartão:	11-Número do Cartão Nacional de Saúde:
12-Nome: LUIZ THADEU BORGES KONART 26/01/1989	13-Telefone: ( )	14-Nome do Mãe do paciente: LUIZ THADEU BORGES KONART		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN: N	16-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	17-Número no CRO: 20852	18-UF: PR	19-Código CNES:
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05 5 6 4 6 4 4 9 4 8	21-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	22-Número no CRO: 20852	23-UF: PR	24-Código CNES:
25-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		26-Número no CRO: 20852	27-UF: PR	28-Código CNES:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100218 (2) 85100218
(3) 85100218
(4) 85100218

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QtdI	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Percentual Comparticipação (%)	39-Ref	40-Data de Realização	41-Nome do Dente	42-Assinatura
1	00 85 10 02 18	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VMO	1	1 2 2 0 0	0,00			03/12/20		
2	00 85 10 02 18	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	1 2 2 0 0	0,00			03/12/20		
3	00 85 10 02 18	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DDV	1	1 2 2 0 0	0,00			03/12/20		
4	00 85 10 02 18	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DDV	1	1 2 2 0 0	0,00			03/12/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 4 8 8 0 0	47-Valor Total R$: 0 0 0	48-Total Valor Comparticipação R$:

Declaro: 1. que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima demonstrados, ciente 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 sob minha satisfação. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador credenciado, os valores que estiverem de acordo com os contratos previstos em contrato, ou mediante apresentação de documentos, de maneira referente aos tratamentos realizados, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:	51-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista: 03/12/20	52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/12/20	53-Data, Assinatura do Executante:

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

JUNICA UDI [illegible]
SCHERER [illegible]
CPF: 07.738.[illegible]
CNES 6[illegible]

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

433531
INTERCÂMBIO

406414	03/12/20	07/12/20	AUTORIZADO	811393G	03/03/21

Dados do Beneficiário

00202532413000000011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
LUIZ THADEU BORGES KONART 26/01/1985			LUIZ THADEU BORGES KONART	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
05564464909	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

	Código	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Valor	Data	Assinatura
1	00685122 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	/VDOM	1	122,00	08/12/20	
2	00685120 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	08/12/20	
3	00685196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	01,00	08/12/20	
4	00685121 8	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOV	1	122,00	08/12/20	
5	00685120 0	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	08/12/20	
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

Data Previsão Término do Tratamento: / /

Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

Valor Total Guia (R$): 458,00

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

Observação:

Data, local e assinatura do Beneficiário/Responsável: / /

Data, local e assinatura do Contratado/Cirurgião Dentista: 08/12/20 Dr. Estevan Scherer CRO/PR 20852 Cirurgião Dentista

Data, local e assinatura do Beneficiário/Responsável: 08/12/20

Data, local e carimbo do Cirurgião Dentista: / /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.732.986/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6609998

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

409889
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 03/11/20	4-Data de Autorização: 04/11/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8016393	7-Data Validade da Senha: 01/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002052057052052	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: GENAIR CORREA VIERA 17/09/1970	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: RODRIGO CORREA VIERA BRUNISMANN		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (3) 85100218 (3) 85100218 (3) 85100200
21-Código na Operadora / Cnes: 0554648	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Nome do Dente / 42-Assinatura
1	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61	00	00	S	04/12/20	Genair
2	00851028	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VDP	1	122	00	00	S	04/12/20	Genair
3	00851028	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122	00	00	S	04/12/20	Genair
4	00802087	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73	00	00	S	04/12/20	Genair
5	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	25	D	1	61	00	00	S	02/12/20	Genair
6	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	02/12/20	Genair
7	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61	00	00	S	02/12/20	Genair
8	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	00	00	S	02/12/20	Genair
9	00851006	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	00	00	S	02/12/20	Genair
10	00852008	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88	00	00	S	02/12/20	Genair
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 7710	47-Valor Total R$: 00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido(a) 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), foram realizado(s) com meu consentimento e a minha satisfação. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:
- Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante:	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 04/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 04/11/20 Genair C Viera	53-Data, local e Carimbo do Contratado:

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1200 - CNES 6808977

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

408653
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 30/10/20	4-Data de Autorização: 30/10/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8011761	7-Data Validade da Senha: 28/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002025075171000325 01	9-Atendimento: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: CESAR MATTIA DA COSTA 20/10/1973	14-Telefone: ( )	15-Nome de Mãe do Beneficiário: CESAR MATTIA DA COSTA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa Enviar - RX
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564464948	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

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-Qtd	40-Data de Realização	41-Número do Dente	42-Assinatura
1 - 00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	68	00	00	S	02/12/20		
2 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
3 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
4 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61	00	00	S	02/12/20		
5 - 00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	68	00	00	S	02/12/20		
6 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
7 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
8 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
9 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
10 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61	00	00	S	02/12/20		
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia(s) US: 6840,00	47-Valor Total R$: 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 ato(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.

48-Observação:

49-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 02/12/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião-Dentista CRO/PR 20852	51-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/12/20	52-Data, Local e Carimbo da Empresa: / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ/MF: 08.396.000/0001-30 CRO/PR 1306 - CNES 6408999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

426398
INTERCÂMBIO

406414	24/11/20	25/11/20	AUTORIZADO	8084231	22/03/21

Dados do Beneficiário

00207527284208001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		
SUZANA DOS SANTOS OLIVEIRA DE ALMEIDA 14/12/1984			SUZANA DOS SANTOS OLIVEIRA DE ALMEIDA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
0556464048	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Face	Qtd	Valor	Data Realização
1-	00681065	CONSULTA ODONTOLOGICA		1	34,00	25/11/20
2-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	25/11/20
3-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	25/11/20
4-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	25/11/20
5-	00853047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	25/11/20

01/12/20	1 Tratamento Odontológico	1 Total	1	0,00

Declaro, que ajuste ter sido devidamente esclarecido sobre as propriedades, fases, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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), foram realizado(s) com total 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.

Observação

03/12/20

03/12/20

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 9995999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

409933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Autorização do Guia: 03/11/20	3-Data de Autorização: 04/11/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 8016570	6-Data Validade da Senha: 01/02/21

Dados do Beneficiário

7-Número da Carteira: 0 0 7 0 7 5 2 9 5 9 5 3 0 0 0 0 0 1 0 1	8-Plano: POS REDE PRESTADORA	9-Nome da Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira: / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde:
12-Nome: JENNIFER ANGEL WOJCZACK 16/09/1993	13-Sexo: F	14-Nome do Titular do Plano: JENNIFER ANGEL WOJCZACK		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN: N	16-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	17-Número no CRO: 20852	18-UF: PR	19-Código CBO 2:	025 - Faturar Empresa Enviar - RK
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 5 5 6 4 0 4 4 9 4 8	21-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	22-Número no CRO: 20852	23-UF: PR	24-Código CBO 3:	(1) 85100200 (2) 85100200 (3) 85100200 (4) 85100200 (5) 85100200 (6) 85100200 (7) 85100200 (8) 85100200 (9) 85100200
25-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO 4:	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QTI	36-Quantidade QTI	37-Valor	38-Franquia/Comparticipação R$	39-Fase	40-Data de Realização	41-Número do Dente	42-Assinatura
1-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
3-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	7 3 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
4-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
5-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
6-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
7-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	7 3 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
8-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
9-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8 8 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
10-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODV	1	1 2 2 0 0	0 0 0		S	12/11/20		
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade QTI: 8 8 4 0 0	47-Valor Total R$: 0 0 0	48-Total Franquia / Comparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as propostas, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme aqui 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), foram realizados(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao prestador credenciado que assina este documento, os valores correspondentes 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 Assistente: 02/11/20	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/11/20	53-Data, local e carimbo da Operadora: / /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.754.890/0001-50
CRO/PR 1209 - CNES 6862799

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

432327
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 02/12/20
4-Data de Autorização: 02/12/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8109155
7-Data Validade da Senha: 02/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020252874000401
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Operadora: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ARITANA OTTOBELLI 03/05/1982
14-Telefone: ( ) -
15-Nome da Mãe do Beneficiário: ARITANA OTTOBELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER
18-Número no CRO: 20852
19-UF: PR
20-Código CBO S: 025 - Fisioterapeuta
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05564640409
22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
23-Número no CRO: 20852
24-UF: PR
25-Código CNES:
Endereço do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER
27-Número no CRO: 20852
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dente	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Valor/Co-participação R$	39-Auditor	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura B	
1-	00815000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00		02/12/20		
2-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00		02/12/20		
3-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00		02/12/20		
4-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00		02/12/20		
5-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00		02/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade UR: 17800
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /
51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 02/12/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852
52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/12/20
53-Data, local e carimbo da Empresa: / /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-30
CRO/PR 1206 - CNES 6588990

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

401810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 22/10/20	3-Data de Autorização: 02/12/20	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 7983756
6-Data Validade da Senha: 20/01/21				

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 0020287270801041901	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: FUNDACAO DE SAUDE ITAIQUAPY	11-Data Validade do Cartão: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KINTIA WILLIANEH HERMOGENES DE SOUZA 08/04/1993	14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: KINTIA WILLIANEH HERMOGENES DE SOUZA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento p/ Rc: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0556464404041	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade (*)	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1- 00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00			02/12/20		Kintia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade (*): 340	47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a sugestão 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), 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 este 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: 02/12/20 Dr. Estevan Scherer CRO/PR 20852 Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável): 02/12/20 Kintia

53-Data, local e Assinatura do Prestador: / / /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6805999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

430594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 400414	3-Data de Emissão da Guia: 30/11/20	4-Data de Autorização: 02/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 6101580	7-Data Validade da Senha: 28/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 002028270804001	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade do Cartão: / /
12-Nome: KINTIA WILLIANEH HERMOGENES DE SOUZA 08/04/1993	14-Telefone: ( ) -	15-Nome do Titular do plano: KINTIA WILLIANEH HERMOGENES DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN: N	17-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	18-Número no CRO: 20852	19-UF: PR	20-Código CNES:
21-Código do Operadora / CNPJ / UF: 05564648000109	22-Nome do Contratado Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER	23-Número no CRO: 20852	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ESTEVAN SOARES SCHERER		27-Número no CRO: 20852	28-UF: PR	29-Código CNES:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85-100200
(1) 85-100210
(1) 85-100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Autorizado	40-Data de Realização	41-Nome do Dente	42-Assinatura
1-	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88	0,00	0,00	S	02/12/20		Kintia
2-	00851021800	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	122	0,00	0,00	S	02/12/20		Kintia
3-	00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88	0,00	0,00	S	02/12/20		Kintia
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Consultas 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 2988	47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as 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: 02/12/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/12/20 - Kintia	53-Data, local e Carimbo do Diretor Técnico: / / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. (CNPJ: 07.736.804/0001-50) CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

408659
INTERCÂMBIO

406414	30/10/20	30/10/20	AUTORIZADO	8011786	26/01/21

Dados do Beneficiário

00202532132105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		
LUCILENE BARBOSA MACHADO 23/04/1987		( ) -	VANDERLEI PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
0556464489	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	Enviar - RX
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Data	Cód. Executante
1	00	85100	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VM	1	80,00	0,00	25/11/20	
2	00	85100	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	80,00	0,00	25/11/20	
3	00	85100	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	80,00	0,00	25/11/20	
4	00	82075	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00	02/12/20	
5	00	82075	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00	02/12/20	
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

	1-Faturamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgias 4-Urgência 5-Prótese	1-Total 2-Parcial	410	0,00	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.

Observação

	02/12/20	18/01/20	

Estevan Soares Scherer
Cirurgião
CRO/PR

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

368761
INTERCÂMBIO

406414	02/09/20	03/09/20	AUTORIZADO	7842290	01/12/20

Dados do Beneficiário

00272052527191930008281	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA		
LARISSA ELESSAMA URNAU DA ROSA 26/05/1996		LARISSA ELESSAMA URNAU DA ROSA		

Dados do Cirurgião Responsável pelo Tratamento

N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa
0551644048	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	
ESTEVAN SOARES SCHERER		20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	Código do Procedimento	Descrição	Localização	Face	Qtd	Quantidade UR	Valor	Data	Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	00,00	01/12/20	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	00,00	01/12/20	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	00,00	01/12/20	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	00,00	01/12/20	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	00,00	01/12/20	
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

	1 - Faturamento Odontologia 2 - Exame Radiológico 3 - Odontologia Cirúrgica/Ambulatorial	1 - Total 2 - Parcial	1780	00,00	

Declaro, que estou ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, dando a autorização à 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), foram realizados(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional indicado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com as custas suplentes previstas em contrato.

Observações

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6604999

	01/12/20	01/12/20	