



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247



1-Registro ANS 406414	2-Cidade de Emissão da Guia 06/11/01/20	3-Data de Autorização 09/11/01/20	4-Série AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 7938607	6-Data Validade de Semina 04/11/01/21	390929 INTERCÂMBIO
8-Numero da Conta 0002025297193000007011	9-Paciente POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAPI LTDA	11-Data Validade de Contato 11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LUCIANA MORALES BARCELOS	14-Data de Nascimento 04/06/1977	15-Endereço LUCIANA MORALES BARCELOS				
16-Endereço e RPA N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Numero na CBO 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 97413968053	22-Nome do Contratado Exercente TIAGO SOARES SCHERER	23-Numero na CBO 14329	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Exercente TIAGO SOARES SCHERER	27-Numero na CBO 14329	28-UF PR	29-Código CBO B			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Faixa	35-CBO	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1	010810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	14300	0,00	0,00	0,00	0	21/11/21		
2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	14300	0,00	0,00	0,00	0	26/11/21		
3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	14300	0,00	0,00	0,00	0	26/11/21		
4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	14300	0,00	0,00	0,00	0	26/11/21		
5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	14300	0,00	0,00	0,00	0	26/11/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Pagamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios 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(m) 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 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 12/11/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/21
---	---	---	---

CA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.234.816/0001-50
CRO/PR: 1206 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

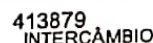


24P

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2011	4-Data de Autorização 09/11/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8031501	7-Data Validade da Série 04/02/2012	8-13857 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 002020253280690000001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GUSTAVO EPIFANIO			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano GUSTAVO EPIFANIO		
16-Atendimento a P.V. N						
17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 974139680531		22-Nome do Concedente Executante TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 82001286-18 (1) 81000421- (1) 82001286-48 (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 81000421-
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO S		
30-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11						
31-Data de Faturamento 11/11/11						
32-Data de Realização 11/11/11						
33-Data de Realização 11/11/11						
34-Data de Realização 11/11/11						
35-Data de Realização 11/11/11						
36-Data de Realização 11/11/11						
37-Data de Realização 11/11/11						
38-Data de Realização 11/11/11						
39-Data de Realização 11/11/11						
40-Data de Realização 11/11/11						
41-Data de Realização 11/11/11						
42-Data de Realização 11/11/11						
43-Data de Realização 11/11/11						
44-Data de Realização 11/11/11						
45-Data de Realização 11/11/11						
46-Data de Realização 11/11/11						
47-Data de Realização 11/11/11						
48-Data de Realização 11/11/11						
49-Data de Realização 11/11/11						
50-Data de Realização 11/11/11						
51-Data de Realização 11/11/11						
52-Data de Realização 11/11/11						
53-Data de Realização 11/11/11						
54-Data de Realização 11/11/11						
55-Data de Realização 11/11/11						
56-Data de Realização 11/11/11						
57-Data de Realização 11/11/11						
58-Data de Realização 11/11/11						
59-Data de Realização 11/11/11						
60-Data de Realização 11/11/11						
61-Data de Realização 11/11/11						
62-Data de Realização 11/11/11						
63-Data de Realização 11/11/11						
64-Data de Realização 11/11/11						
65-Data de Realização 11/11/11						
66-Data de Realização 11/11/11						
67-Data de Realização 11/11/11						
68-Data de Realização 11/11/11						
69-Data de Realização 11/11/11						
70-Data de Realização 11/11/11						
71-Data de Realização 11/11/11						
72-Data de Realização 11/11/11						
73-Data de Realização 11/11/11						
74-Data de Realização 11/11/11						
75-Data de Realização 11/11/11						
76-Data de Realização 11/11/11						
77-Data de Realização 11/11/11						
78-Data de Realização 11/11/11						
79-Data de Realização 11/11/11						
80-Data de Realização 11/11/11						
81-Data de Realização 11/11/11						
82-Data de Realização 11/11/11						
83-Data de Realização 11/11/11						
84-Data de Realização 11/11/11						
85-Data de Realização 11/11/11						
86-Data de Realização 11/11/11						
87-Data de Realização 11/11/11						
88-Data de Realização 11/11/11						
89-Data de Realização 11/11/11						
90-Data de Realização 11/11/11						
91-Data de Realização 11/11/11						
92-Data de Realização 11/11/11						
93-Data de Realização 11/11/11						
94-Data de Realização 11/11/11						
95-Data de Realização 11/11/11						
96-Data de Realização 11/11/11						
97-Data de Realização 11/11/11						
98-Data de Realização 11/11/11						
99-Data de Realização 11/11/11						
100-Data de Realização 11/11/11						



34



Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados	14329	PR	(1) 851002200
---	-------	----	---------------

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Atendimento	46-Tipo de Atendimento	47-Tipo de Atendimento	48-Tipo de Atendimento	49-Tipo de Atendimento	50-Tipo de Atendimento	51-Tipo de Atendimento	52-Tipo de Atendimento	53-Tipo de Atendimento	54-Tipo de Atendimento	55-Tipo de Atendimento	56-Tipo de Atendimento	57-Tipo de Atendimento	58-Tipo de Atendimento	59-Tipo de Atendimento	60-Tipo de Atendimento	61-Tipo de Atendimento	62-Tipo de Atendimento	63-Tipo de Atendimento	64-Tipo de Atendimento	65-Tipo de Atendimento	66-Tipo de Atendimento	67-Tipo de Atendimento	68-Tipo de Atendimento	69-Tipo de Atendimento	70-Tipo de Atendimento	71-Tipo de Atendimento	72-Tipo de Atendimento	73-Tipo de Atendimento	74-Tipo de Atendimento	75-Tipo de Atendimento	76-Tipo de Atendimento	77-Tipo de Atendimento	78-Tipo de Atendimento	79-Tipo de Atendimento	80-Tipo de Atendimento	81-Tipo de Atendimento	82-Tipo de Atendimento	83-Tipo de Atendimento	84-Tipo de Atendimento	85-Tipo de Atendimento	86-Tipo de Atendimento	87-Tipo de Atendimento	88-Tipo de Atendimento	89-Tipo de Atendimento	90-Tipo de Atendimento	91-Tipo de Atendimento	92-Tipo de Atendimento	93-Tipo de Atendimento	94-Tipo de Atendimento	95-Tipo de Atendimento	96-Tipo de Atendimento	97-Tipo de Atendimento	98-Tipo de Atendimento	99-Tipo de Atendimento	100-Tipo de Atendimento
--	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	------------------------	-------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, regras, custos e demais aspectos relativos ao presente processo, declaro que estou ciente de todos os aspectos e estou de acordo com a realização do presente processo, bem como com a realização de todos os procedimentos necessários para a obtenção do título de cidadão brasileiro.

4) Observação: *paciente com boa evolução, com exames dentro da normalidade e sem sinais de complicações. Continuar a monitorar a evolução.*

1. NAME Demaria
 2. DATE 1/13/20
 3. TIME 1:30
 4. LOCATION SCHERB
 5. REMARKS ...

1206 10000

0

[View this article on ResearchGate](#)
[View this article on PubMed](#)
[View this article on Scopus](#)

OdontoLife®

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]



414802 INTERCÂMBIO

1-Identificação do Paciente: 406414
 2-Carte de Exatidão da Data: 09/11/2012
 3-Carte de Autorização: 10/11/2012
 4-Senha: AUTORIZADO
 5-Número de Guia Principal: 8035099
 6-Carte Validade da Guia: 07/12/2012

7-Dados do Beneficiário:
 8-Nome de Camêra: 00202025333254000001011
 9-Pais: POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
 11-Data Validade de Camêra: 11/11/11
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: JULIANO HARTMANN DE ABREU
 14-Telefone: (11) 1111-1111
 15-Nome do titular do plano: JULIANO HARTMANN DE ABREU

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:
 16-Alteração e Rm: N
 17-Nome do Profissional Solicitante: SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA
 18-Número no CRO: 14329
 19-Uf: PR
 20-Código CBO B: 08
 21-Código em Operadora / CNPJ / CPF: 97413968053
 22-Nome do Contratado Executante: TIAGO SOARES SCHERER
 23-Número no CRO: 14329
 24-Uf: PR
 25-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
 26-Nome do Profissional Executante: TIAGO SOARES SCHERER
 27-Número no CRO: 14329
 28-Uf: PR
 29-Código CBO II:

Nome do Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Faixa	35-Unid.	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant.	40-Data de Realização	41-Motivo da Omissão	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,00	S/	28/11/12			Juliano Hartmann de Abreu
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	S/	28/11/12			Juliano Hartmann de Abreu
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	S/	28/11/12			Juliano Hartmann de Abreu
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	S/	28/11/12			Juliano Hartmann de Abreu
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	S/	28/11/12			Juliano Hartmann de Abreu
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 11/11/12
 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência
 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
 46-Total Quantidade US: 178,00
 47-Valor Total R\$: 0,00
 48-Total Franquia / Co-participações R\$: 0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 no 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 no contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 12/11/12
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/11/12
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/11/12
 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 12/11/12

Clinica Odontológica Scherer Ltda.
 CNPJ: 07.738.896/0001-50
 CRES 6808969



412825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 05/11/2012	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027268	7-Data Validade da Guia 03/02/2013
8-Definição da Beneficiária 0002025332855000000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Plano ADEMIR SATURNINO DE MELO		13-Telefone () -		14-Data de Emissão do Plano 20/04/1976	
15-Plano de Saúde ADEMIR SATURNINO DE MELO		16-Plano de Saúde ADEMIR SATURNINO DE MELO		17-Plano de Saúde ADEMIR SATURNINO DE MELO	
18-Atendimento a RN N		19-Atendimento a RN SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		20-Atendimento a RN SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	
21-Código de Operadora / CNPJ / CPM 97413968053		22-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER		23-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER	
24-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER		25-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER		26-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER	
27-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER		28-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER		29-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Código Neglig	34-4-ano	35-Gra
1-000810000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
3-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
4-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
5-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
6-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
7-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
8-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
9-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
10-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
11-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
12-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
13-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
14-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
15-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
16-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
17-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
18-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
19-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
20-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
21-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
22-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
23-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
24-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
25-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
26-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
27-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
28-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
29-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
30-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
31-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
32-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
33-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
34-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
35-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
36-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
37-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
38-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
39-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
40-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
41-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
42-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
43-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
44-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
45-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
46-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
47-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
48-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
49-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
50-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
51-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
52-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
53-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
54-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
55-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
56-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
57-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
58-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
59-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
60-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
61-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
62-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
63-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
64-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
65-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
66-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
67-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
68-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
69-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
70-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
71-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
72-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
73-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
74-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
75-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
76-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
77-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
78-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
79-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
80-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
81-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
82-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
83-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
84-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
85-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
86-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
87-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
88-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
89-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
90-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
91-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
92-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
93-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
94-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
95-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
96-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
97-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
98-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
99-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
100-000815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		

OdontoLife
 Tudo o que precisa para o seu

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F



**396058
 INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7959319	7-Data Validade da Guia 12/11/2012	8-Valor da Guia 396058
9-Número do Cartão 010202528270800049001						
10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY		12-Data Validade do Cartão 11/11/12		13-Número do Cartão Nacional de Saúde
14-Nome JOAO PAULO MATTEI			15-Data de Nasc. 31/10/1988		16-Endereço do titular do plano JOAO PAULO MATTEI	
17-Endereço do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA						
18-Número no CRO 14329		19-UF PR		20-Código CBO B 08		21-Enviar - RX (F) 85100200
22-Número no CRO 14329		23-UF PR		24-Código CME B		(F) 85100200
25-Número no CRO 14329		26-UF PR		27-Código CBO B		(F) 85100218

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-UNI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Parâmetro
1	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	51100	0,00	0,00	12/11/12			
2	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88100	0,00	0,00	17/11/12			
3	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88100	0,00	0,00	17/11/12			
4	01085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMV	1	122100	0,00	0,00	19/11/12			
5	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73100	0,00	0,00	22/11/12			
6	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73100	0,00	0,00	22/11/12			
7	01082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73100	0,00	0,00	22/11/12			
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/12	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 Quantidade US 57,8800	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

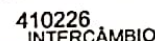
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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-Observações Protese Dental CRO-DR 14329	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/12
--	---	---	---	---

**CLINICA ODONTOLÓGICA
 SCHERER E SCHERER LTDA.
 CNPJ: 07.738.996/0001-50
 CRO/PR 1206 - CNES 680899**



24



Os e as senhores do casamento, conforme acima apresentados, autorizam (reafirmam) com meu consentimento a realização do casamento civil.

Assinatura do Dr. Cirilgo Scherer
 Professor e Mestre
 CRD-PR 70320

Assinatura do Cirilgo Scherer
 11/11/23

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.856/000150
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
Parâmetros para o sistema

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

21P



413865
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8031525	7-Data Validade da Guia 04/12/2011
8-Número do Cartão 00202532806900000101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade do Cartão / /	
12-Plano de Saúde GUSTAVO EPIFANIO		13-Telefone 18/08/2002		14-Plano de Saúde GUSTAVO EPIFANIO	
15-Atendimento a RV N					
16-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA					
17-Código na Operadora / CNPJ / CPE 97413968053		18-Número no CRO 14329		19-UF PR	
20-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		21-Número no CRO 14329		22-UF PR	
23-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		24-Número no CRO 14329		25-UF PR	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OD	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
3-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
4-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
5-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
8-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	88,00	0,00	0,00		11/11/10		Gustavo
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncológico 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 650,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente 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 Solicitante
/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
/ /

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ /

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Handwritten signatures and stamps:
- Specialista Scherer
- Dr. Tiago Soares Scherer
- CRO/PR 14329
- UNICA ODONTOLÓGICA
- CNPJ: 07.288.884/0001-50
- CRO/PR 1206
- CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

OdontLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2 AF

413806
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	2-Cidade de Emissão da Guia 06/11/2011	3-Cidade de Autorização 09/11/2011	4-Sigla AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8031279	6-Data Validade da Guia 04/12/2011							
8-Número da Carteira 00202506961600007902 10-Empresa SIND DOS SERV DO PODER 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome RAQUEL BERGHAN DA SILVA MEULAM 14-Telefone 03/07/1993 15-Nome do titular do plano RAFAEL JOAO SEUBERT MEULAM												
16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA 18-Número no CRO 14329 19-UF PR 20-Código CBO B 08 205 - Faturar Empresa												
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 97413968053 22-Nome do Contratado Essencial TIAGO SOARES SCHERER 23-Número no CRO 14329 24-UF PR 25-Código CBO B												
26-Nome do Profissional Essencial TIAGO SOARES SCHERER 27-Número no CRO 14329 28-UF PR 29-Código CBO B												
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-4-ano	35-3-ano	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Oca	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00		18/11/2011		Raquel B. Sin
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	35,00	0,00		18/11/2011		Raquel B. Sin
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	35,00	0,00		18/11/2011		Raquel B. Sin
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAJE			1	35,00	0,00		18/11/2011		Raquel B. Sin
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	35,00	0,00		18/11/2011		Raquel B. Sin
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto 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\$												
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, sou o 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 com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional (C) o valor 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 11/11/11			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11			53-Data, local e Cemitio da Empresa 11/11/11			

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER E SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.995/0001-50
CRO/PR/1206-00056808999

OdontoLife
IMPRESSÃO PARA VESTIR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AP



413803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANV 406414	3-Dia de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8031278	7-Data Validade da Guia 04/10/2011
--------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Número do Cartão 000202506961600007901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS SERV DO PODER	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RAFAEL JOAO SEUBERT MEULAM	14-Telefone 20/02/2008	15-Nome do titular do plano RAFAEL JOAO SEUBERT MEULAM
---------------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO 3 08	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 07413968053	22-Nome do Contratado E residente TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional E residente TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO 8
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Doneficação	34-Faixa	35-Cob	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria de Obra	42-Assinatura
-----------	---------------------------	--------------	----------------	----------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	--------------------	---------------

1-0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA					34	100			16/11/2010		
2-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD				35	100			16/11/2010		
3-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE				35	100			16/11/2010		
4-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD				35	100			16/11/2010		
5-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE				35	100			16/11/2010		
6-0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE				35	100			16/11/2010		
7-0084000198												
8-0084000198												
9-0084000198												
10-0084000198												
11-0084000198												
12-0084000198												
13-0084000198												
14-0084000198												
15-0084000198												

43-Data Previsto 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 Quantidade US 17400	47-Valor Taxa R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
---	--	---	---------------------------------	--------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados por mim ou por profissional autorizado(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 Responsável 16/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010
--	---	---	---

54-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

55-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

56-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

57-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

58-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

59-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

60-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

61-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

62-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

63-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

64-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

65-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

66-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

67-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

68-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

69-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010

70-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2010



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/11/11/2011	4-Data de Autorização 04/11/11/2011	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8016237	7-Data Validade de Série 01/11/02/11/2011	8-98488 INTERCÂMBIO	
8-Número de Carteira 00020253267290000010101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BRUNA DE LIMA ANTONIO		14-Timestamp 17/08/1990		15-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		16-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
17-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		18-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		19-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		20-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
21-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		22-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		23-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		24-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
25-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		26-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		27-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		28-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
29-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		30-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		31-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		32-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
33-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		34-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		35-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		36-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
37-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		38-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		39-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		40-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
41-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		42-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		43-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		44-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
45-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		46-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		47-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		48-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
49-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		50-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		51-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		52-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
53-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		54-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		55-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		56-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
57-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		58-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		59-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		60-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
61-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		62-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		63-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		64-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
65-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		66-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		67-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		68-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
69-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		70-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		71-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		72-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
73-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		74-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		75-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		76-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
77-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		78-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		79-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		80-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
81-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		82-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		83-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		84-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
85-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		86-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		87-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		88-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
89-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		90-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		91-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		92-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
93-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		94-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		95-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		96-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	
97-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		98-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		99-Data Validade de Carteira 11/11/11/11		100-Data Validade de Carteira 11/11/11/11	

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

49-Observações:
Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante
11/11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista
11/11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

54-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

55-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

56-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

57-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

58-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

59-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

60-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

61-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

62-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

63-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

64-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

65-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

66-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

67-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

68-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

69-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

70-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

71-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

72-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

73-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

74-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

75-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

76-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

77-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

78-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

79-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

80-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

81-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

82-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

83-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

84-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

85-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

86-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

87-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

88-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

89-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

90-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

91-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

92-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

93-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

94-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

95-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

96-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

97-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

98-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

99-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11

100-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247

417110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 11/11/11 11/20	3-Data de Autorização 11/21/11 11/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 8045016	6-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21
7-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
8-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
9-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
10-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
11-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
12-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
13-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
14-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
15-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
16-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
17-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
18-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
19-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
20-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
21-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
22-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
23-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
24-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
25-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
26-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
27-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
28-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
29-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
30-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
31-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
32-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
33-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
34-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
35-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
36-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
37-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
38-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
39-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
40-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
41-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
42-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
43-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
44-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
45-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
46-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
47-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
48-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
49-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
50-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
51-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
52-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
53-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
54-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
55-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
56-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
57-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
58-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
59-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
60-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
61-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
62-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
63-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
64-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
65-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
66-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
67-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
68-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
69-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
70-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
71-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
72-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
73-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
74-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
75-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
76-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
77-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
78-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
79-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
80-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
81-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
82-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
83-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
84-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
85-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
86-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
87-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
88-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
89-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
90-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
91-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
92-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
93-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
94-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
95-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
96-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
97-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
98-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
99-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					
100-Data Validade da Guia 09/11/12 11/21					

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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente, 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 Assistente

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura da Empresa

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura da Empresa

97-Data, local e Assinatura da Empresa

98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura da Empresa

100-Data, local e Assinatura da Empresa

SCA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
ENPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2012	4-Data de Autorização 05/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027580	7-Data Validade da Série 03/12/2012	8-412905 INTERCÂMBIO
9-Número da Carteira 00202528270800054701						
10-Plano POS REDE PRESTADORA						
11-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY						
12-Data Validade da Carteira 00/00/00						
13-Nome KEYLA TATIANE PIMENTA CARNEIRO CARVALHO						
14-Telefone 30/04/1983						
15-Data de Início do plano KEYLA TATIANE PIMENTA CARNEIRO CARVALHO						
16-Assinatura do Profissional SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA						
17-Data de Emissão 05/11/2012						
18-Data de Validade 05/11/2012						
19-Data de Realização 05/11/2012						
20-Data de Realização 05/11/2012						
21-Data de Realização 05/11/2012						
22-Data de Realização 05/11/2012						
23-Data de Realização 05/11/2012						
24-Data de Realização 05/11/2012						
25-Data de Realização 05/11/2012						
26-Data de Realização 05/11/2012						
27-Data de Realização 05/11/2012						
28-Data de Realização 05/11/2012						
29-Data de Realização 05/11/2012						
30-Data de Realização 05/11/2012						
31-Data de Realização 05/11/2012						
32-Data de Realização 05/11/2012						
33-Data de Realização 05/11/2012						
34-Data de Realização 05/11/2012						
35-Data de Realização 05/11/2012						
36-Data de Realização 05/11/2012						
37-Data de Realização 05/11/2012						
38-Data de Realização 05/11/2012						
39-Data de Realização 05/11/2012						
40-Data de Realização 05/11/2012						
41-Data de Realização 05/11/2012						
42-Data de Realização 05/11/2012						
43-Data de Realização 05/11/2012						
44-Data de Realização 05/11/2012						
45-Data de Realização 05/11/2012						
46-Data de Realização 05/11/2012						
47-Data de Realização 05/11/2012						
48-Data de Realização 05/11/2012						
49-Data de Realização 05/11/2012						
50-Data de Realização 05/11/2012						
51-Data de Realização 05/11/2012						
52-Data de Realização 05/11/2012						
53-Data de Realização 05/11/2012						
54-Data de Realização 05/11/2012						
55-Data de Realização 05/11/2012						
56-Data de Realização 05/11/2012						
57-Data de Realização 05/11/2012						
58-Data de Realização 05/11/2012						
59-Data de Realização 05/11/2012						
60-Data de Realização 05/11/2012						
61-Data de Realização 05/11/2012						
62-Data de Realização 05/11/2012						
63-Data de Realização 05/11/2012						
64-Data de Realização 05/11/2012						
65-Data de Realização 05/11/2012						
66-Data de Realização 05/11/2012						
67-Data de Realização 05/11/2012						
68-Data de Realização 05/11/2012						
69-Data de Realização 05/11/2012						
70-Data de Realização 05/11/2012						
71-Data de Realização 05/11/2012						
72-Data de Realização 05/11/2012						
73-Data de Realização 05/11/2012						
74-Data de Realização 05/11/2012						
75-Data de Realização 05/11/2012						
76-Data de Realização 05/11/2012						
77-Data de Realização 05/11/2012						
78-Data de Realização 05/11/2012						
79-Data de Realização 05/11/2012						
80-Data de Realização 05/11/2012						
81-Data de Realização 05/11/2012						
82-Data de Realização 05/11/2012						
83-Data de Realização 05/11/2012						
84-Data de Realização 05/11/2012						
85-Data de Realização 05/11/2012						
86-Data de Realização 05/11/2012						
87-Data de Realização 05/11/2012						
88-Data de Realização 05/11/2012						
89-Data de Realização 05/11/2012						
90-Data de Realização 05/11/2012						
91-Data de Realização 05/11/2012						
92-Data de Realização 05/11/2012						
93-Data de Realização 05/11/2012						
94-Data de Realização 05/11/2012						
95-Data de Realização 05/11/2012						
96-Data de Realização 05/11/2012						
97-Data de Realização 05/11/2012						
98-Data de Realização 05/11/2012						
99-Data de Realização 05/11/2012						
100-Data de Realização 05/11/2012						

Odontolife
Imagem Active para web site

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

214



1-Registro ANV 406414		2-Data de Emissão de Guia 22/11/2012		3-Data de Autorização 28/11/2012		5-Serão AUTORIZADO		6-Numero de Que Principal 7988511		7-Data Validade da Guia 22/11/2012		403145 INTERCÂMBIO															
8-Numero da Carteira 00202529719300002301				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Numero da Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome MARCELO JOSE DA SILVA				14-Telefone 09/07/1982				15-Nome do Beneficiário MARCELO JOSE DA SILVA																			
16-Atendimento a RH N														17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA													
18-Numero no CRO 14329				19-UF PR				20-Código CBO S 08				025 - Faturar Empresa															
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 97413968053				22-Nome do Contratado Específico TIAGO SOARES SCHERER				23-Numero no CRO 14329				24-UF PR				25-Código CNEB Enviar - RX											
26-Nome do Profissional Específico TIAGO SOARES SCHERER				27-Numero no CRO 14329				28-UF PR				29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100218															
30-Data Previsto Término do Tratamento / /														31-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ontologia 4-Urgência/Emergência													
32-Data, local e Assinatura do Conselho Odontológico Solicitante / /														33-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável / /													

30-Item	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 Citaç	42-Assinatura
1	00851002010	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	8800	0000			16/11/2012		
2	00851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	38	ONIL	1	12200	0000			16/11/2012		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ontologia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Tratamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 21000		47-Valor Total R\$ 0000		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000	
---	--	---	--	--	--	---------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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 responsável que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Tiago Scherer
Especialista em Odontologia
Odontolife

50-Data, local e Assinatura do Conselho Odontológico Solicitante
/ /

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
/ /

52-Data, local e Assinatura da Beneficiária Responsável
/ /

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

SCHERER E SCHERER ODONTOLOGICA
 CNPJ: 07.738.896/0001-50
 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
Planos de Saúde para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



247

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/2011	4-Data de Autorização 22/08/2011	5-Semra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8002921	7-Data Validade da Semra 22/08/2011	406686 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 0002020253246900000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ALINE CAETANO	14-Telefone 10/02/1996	15-Nome do titular do plano JORGE FERNANDO DE OLIVEIRA
--------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código no Operadora / CNPJ / CNF 97413968053	22-Nome do Contratante Executor TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CHES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executor TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Alt	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00		S	13/11/2011		Alina C.
2	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	73,00	0,00		S	13/11/2011		Alina C.
3	001820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00		S	13/11/2011		Alina C.
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 Quantidade US 2119,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, custos, condições 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), para o tratamento 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 13/11/2011, Alina C.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/2011, Jorge F. Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/11/2011
--	---	--	---

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF

409946
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Código de Emissão de Guia 03/11/20	3-Data de Autorização 03/11/20	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8016599	6-Data Validade da Guia 01/12/21
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 00202511783800029101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa FUNDACAO PARQUE	10-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELA DE LIMA JUNG		14-Telefone 05/12/1995 () -	15-Nome do Bular do Plano GABRIELA DE LIMA JUNG		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Assinamento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO 3 08
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 97413968053	22-Nome do Contratado E Assinante TIAGO SOARES SCHERER		23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO 3	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			3400
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
6-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
7-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
8-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
9-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
10-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
11-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
12-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
13-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
14-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
15-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3600
36-Frequência/Co-participação R\$					
37-Valor					
38-Data de Realização					
41-Motivo da Class 42-Assinatura					
43-Data Fim do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
47-Total Quantidade US					
48-Valor Total R\$					
49-Total Faturado / 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(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

[illegible]

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/11/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8033775	7-Data Válida de Semna 07/12/2012	8-414447 INTERCÂMBIO
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Válida de Semna 07/12/2012		12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALINE CAETANO				14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome de Usar do plano JORGE FERNANDO DE OLIVEIRA
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 10/02/1996						
18-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		19-Número no CRO 14329	20-UF PR	21-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa
22-Código de Operadora / CNPJ / CPE 97413968053		23-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER		24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (11) 85100219
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		27-Número no CRO 14329		28-UF PR	29-Código CBO S	
30-Parte de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
31-Tela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Categoria	35-Faixa	36-Quantidade US	37-Valor
1-00085100218		RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122000
2-1						
3-1						
4-1						
5-1						
6-1						
7-1						
8-1						
9-1						
10-1						
11-1						
12-1						
13-1						
14-1						
15-1						
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		122000
47-Valor Total R\$		48-Total Faturado / Co-participação R\$		49-Valor Total R\$		10000
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), foram realizados 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 <i>Dr. Tiago Scherer</i> Especialista e Mestre Ortodontista Dentária CRO-PR 14329						
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 Assinatura da Empresa

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

Odontolife
TRANSACCÃO DE SERVIÇOS

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2AF



407206
INTERCÂMBIO

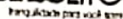
1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/11/2012	3-Data de Autorização 29/11/2012	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8005066	6-Data Validade da Guia 28/11/2012
7-Dados do Beneficiário 01020202508000100000001011					
8-Nome EDUARDO KARDUSH					
9-Endereço POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade de Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Data de Emissão 09/10/1955					
14-Endereço EDUARDO KARDUSH					
15-Atividade Profissional SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA					
16-Atividade Profissional N					
17-Código de Operadora / CNPJ / CPF 97413968053					
18-Número no CBO 14329					
19-Código CBO S 08					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Nome do Profissional e Endereço TIAGO SOARES SCHERER					
22-Número no CBO 14329					
23-Código CBO S PR					
24-Código CBO S PR					
25-Código CBO S					
26-Data de Emissão 11/11/12					
27-Data de Emissão 11/11/12					
28-Data de Emissão 11/11/12					
29-Data de Emissão 11/11/12					
30-Data de Emissão 11/11/12					
31-Data de Emissão 11/11/12					
32-Data de Emissão 11/11/12					
33-Data de Emissão 11/11/12					
34-Data de Emissão 11/11/12					
35-Data de Emissão 11/11/12					
36-Data de Emissão 11/11/12					
37-Data de Emissão 11/11/12					
38-Data de Emissão 11/11/12					
39-Data de Emissão 11/11/12					
40-Data de Emissão 11/11/12					
41-Data de Emissão 11/11/12					
42-Data de Emissão 11/11/12					
43-Data de Emissão 11/11/12					
44-Data de Emissão 11/11/12					
45-Data de Emissão 11/11/12					
46-Data de Emissão 11/11/12					
47-Data de Emissão 11/11/12					
48-Data de Emissão 11/11/12					
49-Data de Emissão 11/11/12					
50-Data de Emissão 11/11/12					
51-Data de Emissão 11/11/12					
52-Data de Emissão 11/11/12					
53-Data de Emissão 11/11/12					
54-Data de Emissão 11/11/12					
55-Data de Emissão 11/11/12					
56-Data de Emissão 11/11/12					
57-Data de Emissão 11/11/12					
58-Data de Emissão 11/11/12					
59-Data de Emissão 11/11/12					
60-Data de Emissão 11/11/12					
61-Data de Emissão 11/11/12					
62-Data de Emissão 11/11/12					
63-Data de Emissão 11/11/12					
64-Data de Emissão 11/11/12					
65-Data de Emissão 11/11/12					
66-Data de Emissão 11/11/12					
67-Data de Emissão 11/11/12					
68-Data de Emissão 11/11/12					
69-Data de Emissão 11/11/12					
70-Data de Emissão 11/11/12					
71-Data de Emissão 11/11/12					
72-Data de Emissão 11/11/12					
73-Data de Emissão 11/11/12					
74-Data de Emissão 11/11/12					
75-Data de Emissão 11/11/12					
76-Data de Emissão 11/11/12					
77-Data de Emissão 11/11/12					
78-Data de Emissão 11/11/12					
79-Data de Emissão 11/11/12					
80-Data de Emissão 11/11/12					
81-Data de Emissão 11/11/12					
82-Data de Emissão 11/11/12					
83-Data de Emissão 11/11/12					
84-Data de Emissão 11/11/12					
85-Data de Emissão 11/11/12					
86-Data de Emissão 11/11/12					
87-Data de Emissão 11/11/12					
88-Data de Emissão 11/11/12					
89-Data de Emissão 11/11/12					
90-Data de Emissão 11/11/12					
91-Data de Emissão 11/11/12					
92-Data de Emissão 11/11/12					
93-Data de Emissão 11/11/12					
94-Data de Emissão 11/11/12					
95-Data de Emissão 11/11/12					
96-Data de Emissão 11/11/12					
97-Data de Emissão 11/11/12					
98-Data de Emissão 11/11/12					
99-Data de Emissão 11/11/12					
100-Data de Emissão 11/11/12					



24



Vigência ANS 406414		3-Carte de Emissão de CUS [2][8]/[1][0]/[2][0]		4-Carte de Autorização [2][9]/[1][0]/[2][0]		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Causa Principal 8005236		7-Data Válida de Senna [2][6]/[0][1]/[2][1]		407230 INTERCÂMBIO	
Definição do Beneficiário				8-Número de Carteira [0][0][2][0][2][5][0][8][0][0][0][1][0][0][0][0][1][0][2]		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira []/[]/[]		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARILDA REGIANE KARDUSH				14-Data de Nascimento 05/10/1962		15-Teléfono []-[]-[]-[]-[]-[]		16-Endereço do Beneficiário EDUARDO KARDUSH					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				16-Acordamento a RC N		17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Número no CAD 14329		19-UF PR		20-Código CBO S 08	
21-Código de Operadora / CNPJ / CEP [9][7][4][1][3][9][6][8][0][5][3]				22-Nome do Contratado Responsável TIAGO SOARES SCHERER		23-Número no CAD 14329		24-UF PR		25-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Assistente TIAGO SOARES SCHERER				27-Número no CAD 14329		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela													
31-Código do Procedimento													
32-Descrição													
33-Dente/Região													
34-Fase													
35-Qtd													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Causa													
42-Assinatura													
43-Data Prevista Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Tratamento													
46-Tipo de Tratamento													
47-Tipo de Tratamento													
48-Tipo de Tratamento													
49-Tipo de Tratamento													
50-Tipo de Tratamento													
51-Tipo de Tratamento													
52-Tipo de Tratamento													
53-Tipo de Tratamento													
54-Tipo de Tratamento													
55-Tipo de Tratamento													
56-Tipo de Tratamento													
57-Tipo de Tratamento													
58-Tipo de Tratamento													
59-Tipo de Tratamento													
60-Tipo de Tratamento													
61-Tipo de Tratamento													
62-Tipo de Tratamento													
63-Tipo de Tratamento													
64-Tipo de Tratamento													
65-Tipo de Tratamento													
66-Tipo de Tratamento													
67-Tipo de Tratamento													
68-Tipo de Tratamento													
69-Tipo de Tratamento													
70-Tipo de Tratamento													
71-Tipo de Tratamento													
72-Tipo de Tratamento													
73-Tipo de Tratamento													
74-Tipo de Tratamento													
75-Tipo de Tratamento													
76-Tipo de Tratamento													
77-Tipo de Tratamento													
78-Tipo de Tratamento													
79-Tipo de Tratamento													
80-Tipo de Tratamento													
81-Tipo de Tratamento													
82-Tipo de Tratamento													
83-Tipo de Tratamento													
84-Tipo de Tratamento													
85-Tipo de Tratamento													
86-Tipo de Tratamento													
87-Tipo de Tratamento													
88-Tipo de Tratamento													
89-Tipo de Tratamento													
90-Tipo de Tratamento													
91-Tipo de Tratamento													
92-Tipo de Tratamento													
93-Tipo de Tratamento													
94-Tipo de Tratamento													
95-Tipo de Tratamento													
96-Tipo de Tratamento													
97-Tipo de Tratamento													
98-Tipo de Tratamento													
99-Tipo de Tratamento													
100-Tipo de Tratamento													
101-Tipo de Tratamento													
102-Tipo de Tratamento													
103-Tipo de Tratamento													
104-Tipo de Tratamento													
105-Tipo de Tratamento													
106-Tipo de Tratamento													
107-Tipo de Tratamento													
108-Tipo de Tratamento													
109-Tipo de Tratamento													
110-Tipo de Tratamento													
111-Tipo de Tratamento													
112-Tipo de Tratamento													
113-Tipo de Tratamento													
114-Tipo de Tratamento													
115-Tipo de Tratamento													
116-Tipo de Tratamento													
117-Tipo de Tratamento													
118-Tipo de Tratamento													
119-Tipo de Tratamento													
120-Tipo de Tratamento													
121-Tipo de Tratamento													
122-Tipo de Tratamento													
123-Tipo de Tratamento													
124-Tipo de Tratamento													
125-Tipo de Tratamento													
126-Tipo de Tratamento													
127-Tipo de Tratamento													
128-Tipo de Tratamento													
129-Tipo de Tratamento													
130-Tipo de Tratamento													
131-Tipo de Tratamento													
132-Tipo de Tratamento													
133-Tipo de Tratamento													
134-Tipo de Tratamento													
135-Tipo de Tratamento													
136-Tipo de Tratamento													
137-Tipo de Tratamento													
138-Tipo de Tratamento													
139-Tipo de Tratamento													
140-Tipo de Tratamento													
141-Tipo de Tratamento													
142-Tipo de Tratamento													
143-Tipo de Tratamento													
144-Tipo de Tratamento													
145-Tipo de Tratamento													
146-Tipo de Tratamento													
147-Tipo de Tratamento													
148-Tipo de Tratamento													
149-Tipo de Tratamento													
150-Tipo de Tratamento													
151-Tipo de Tratamento													
152-Tipo de Tratamento													
153-Tipo de Tratamento													
154-Tipo de Tratamento													
155-Tipo de Tratamento													
156-Tipo de Tratamento													
157-Tipo de Tratamento													
158-Tipo de Tratamento													
159-Tipo de Tratamento													



34



1-Registro ANS 406414		3-Cidade de Emissão da Guia [2][8]/[1][0]/[2][0]		4-Cidade de Autorização [2][9]/[1][0]/[2][0]		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8005112		7-Data Vencimento da Guia [2][6]/[1][0]/[2][1]		8-Valor da Guia 407213 INTERCÂMBIO			
9-Definido do Beneficiário [0][0][2][0][2][5][0][8][0][0][0][1][0][0][0][0][1][0][4]				10-Plano POS REDE PRESTADORA				11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				12-Data Vencimento da Carteira []/[]/[]/[]		13-Número da Carteira Nacional de Saúde	
14-Nome TARIK ATTHON KARDUSH												15-Data de Emissão 14/09/1988		16-Endereço do titular do plano EDUARDO KARDUSH	
17-Atendimento a RN N				18-Atividade do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA				19-Atividade do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA				20-Atividade do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA			
21-Código da Operadora / CNPJ / CNPJ [9][7][4][1][3][9][6][8][0][5][3]				22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER				23-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER				24-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER			
25-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER				26-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER				27-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER				28-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER			
29-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
30-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
31-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
32-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
33-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
34-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
35-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
36-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
37-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
38-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
39-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
40-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
41-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
42-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
43-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
44-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
45-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
46-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
47-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
48-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
49-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
50-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
51-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
52-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
53-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
54-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
55-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
56-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
57-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
58-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
59-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
60-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
61-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
62-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
63-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
64-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
65-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
66-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
67-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
68-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
69-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
70-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
71-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
72-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
73-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
74-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
75-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
76-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
77-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
78-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
79-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
80-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
81-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
82-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
83-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
84-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
85-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
86-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
87-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
88-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
89-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
90-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
91-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
92-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
93-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
94-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
95-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
96-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
97-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
98-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
99-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															
100-Atividade do Profissional Solicitante TIAGO SOARES SCHERER															

Odontolife
Tempo a cada passo está bem

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia (21/8/11) (01/12/10)	4-Data de Autorização (21/8/11) (01/12/10)	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8005324	7-Data Validade da Guia (21/8/11) (01/12/11)	407248 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0101202532864600000101021						
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira ____/____/____		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCIS DA SILVA CLARINDO			14-Telefone (11) ____-____		15-Nome do titular do plano RENILTA DO NASCIMENTO DE SOUZA	
16-Alertamento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA			18-Número no CRO 14329		19-UF PR	
20-Código da Operação / CNPJ / CPF 974139680531			21-Nome do Contratado / Recusante TIAGO SOARES SCHERER		22-UF PR	
23-UF PR			24-Código CBO S 08		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER			27-UF PR		28-Código CBO S	
29-Data de Realização 16/11/1997						
30-Data de Realização 16/11/1997						
31-Data de Realização 16/11/1997						
32-Data de Realização 16/11/1997						
33-Data de Realização 16/11/1997						
34-Data de Realização 16/11/1997						
35-Data de Realização 16/11/1997						
36-Data de Realização 16/11/1997						
37-Data de Realização 16/11/1997						
38-Data de Realização 16/11/1997						
39-Data de Realização 16/11/1997						
40-Data de Realização 16/11/1997						
41-Data de Realização 16/11/1997						
42-Data de Realização 16/11/1997						
43-Data de Realização 16/11/1997						
44-Data de Realização 16/11/1997						
45-Data de Realização 16/11/1997						
46-Data de Realização 16/11/1997						
47-Data de Realização 16/11/1997						
48-Data de Realização 16/11/1997						
49-Data de Realização 16/11/1997						
50-Data de Realização 16/11/1997						
51-Data de Realização 16/11/1997						
52-Data de Realização 16/11/1997						
53-Data de Realização 16/11/1997						
54-Data de Realização 16/11/1997						
55-Data de Realização 16/11/1997						
56-Data de Realização 16/11/1997						
57-Data de Realização 16/11/1997						
58-Data de Realização 16/11/1997						
59-Data de Realização 16/11/1997						
60-Data de Realização 16/11/1997						
61-Data de Realização 16/11/1997						
62-Data de Realização 16/11/1997						
63-Data de Realização 16/11/1997						
64-Data de Realização 16/11/1997						
65-Data de Realização 16/11/1997						
66-Data de Realização 16/11/1997						
67-Data de Realização 16/11/1997						
68-Data de Realização 16/11/1997						
69-Data de Realização 16/11/1997						
70-Data de Realização 16/11/1997						
71-Data de Realização 16/11/1997						
72-Data de Realização 16/11/1997						
73-Data de Realização 16/11/1997						
74-Data de Realização 16/11/1997						
75-Data de Realização 16/11/1997						
76-Data de Realização 16/11/1997						
77-Data de Realização 16/11/1997						
78-Data de Realização 16/11/1997						
79-Data de Realização 16/11/1997						
80-Data de Realização 16/11/1997						
81-Data de Realização 16/11/1997						
82-Data de Realização 16/11/1997						
83-Data de Realização 16/11/1997						
84-Data de Realização 16/11/1997						
85-Data de Realização 16/11/1997						
86-Data de Realização 16/11/1997						
87-Data de Realização 16/11/1997						
88-Data de Realização 16/11/1997						
89-Data de Realização 16/11/1997						
90-Data de Realização 16/11/1997						
91-Data de Realização 16/11/1997						
92-Data de Realização 16/11/1997						
93-Data de Realização 16/11/1997						
94-Data de Realização 16/11/1997						
95-Data de Realização 16/11/1997						
96-Data de Realização 16/11/1997						
97-Data de Realização 16/11/1997						
98-Data de Realização 16/11/1997						
99-Data de Realização 16/11/1997						
100-Data de Realização 16/11/1997						

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER E SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.889/0001-50
CRO/PR 1106 - CNES 6808999



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3A



1-Programa AHS 406414	2-Carte de Entidade da Ode (2)8/11/01/210	3-Carte de Autorização (2)8/11/01/210	4-Será AUTORIZADO	5-Numero da Guia Principal 8005320	6-Carte Validade da Seria (2)6/11/01/211	407245 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Numero da Carteira (0)0/210/2153218646000001011		9-Filho POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Carte Validade da Carteira ()/ /
12-Numero do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome RENILTA DO NASCIMENTO DE SOUZA						
14-Telefone ()- / -						
15-Data de Validade do plano 12/03/1981						
16-Nome do titular do plano RENILTA DO NASCIMENTO DE SOUZA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
17-Atividade do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Numero no CRO 14329		19-UF PR		20-Código CBO S 08
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF (9)74113968053		22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER		23-Numero no CRO 14329		24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		26-Numero no CRO 14329		27-UF PR		28-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	36-Quantidade US
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				37-Valor
2-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			38-Franquia/Co-participação R\$
3-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			39-Aut
4-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			40-Data de Realização
5-00	81530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			41-Moeda de Câmbio
6-00						42-Assinatura
7-00						
8-00						
9-00						
10-00						
11-00						
12-00						
13-00						
14-00						
15-00						
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgências/Emergências		1-Total 2-Parcial		1-Total 2-Parcial		47-Valor Total R\$
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), 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 Dirigente Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1ª



1-Plano de Saúde 406414	3-Código de Emissão de Guia (2)9/(1)0/(2)0	4-Código de Autorização (2)9/(1)0/(2)0	5-Sexo AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8007219	7-Código Validador de Guia (2)7/(0)1/(2)1	407670 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0002022529719300002302		9-Nome POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAIP LTDA	11-Código Validador da Carteira 00000000	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA DE OLIVEIRA MAGON DA SILVA		14-Data de Nascimento 26/08/1981	15-Telefone () () () () () ()	16-Nome do titular do plano MARCELO JOSE DA SILVA		
17-Atendimento a PM N						
18-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		19-Número no CRO 14329	20-UF PR	21-Código CRO S 08	025 - Faturar Empresa	
22-Código de Operadora / CNPJ / CPF (9)7413968053		23-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER	24-Número no CRO 14329	25-UF PR	26-Código CNEB	
27-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		28-Número no CRO 14329	29-UF PR	30-Código CRO S		
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dentes/Margem	36-Fase	37-Quantidade US	38-Valor
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			34,00	0,00
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		36,00	0,00
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		36,00	0,00
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		36,00	0,00
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		36,00	0,00
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 178,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Faturado / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, sou eu e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as condições do profissional assistente e a pagar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta 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 19/11/14						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante 19/11/14						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/14						
53-Data, local e Assinatura da Empresa 19/11/14						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

34



1-Plano ANS 406414	2-Código de Emissão da Guia 1061111120	3-Data de Autuação 1061111120	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8030596	6-Data Validade da Guia 10411021121	7-413639 INTERCÂMBIO
8-Identificação do Beneficiário						
9-Número da Carteira 0002025282708000153011		10-Nome EDNA ADAMANTE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Data de Emissão da Guia 21/09/1971		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano EDNA ADAMANTE		
16-Atendimento a R\$ N SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA						
17-Código da Operação - CNPJ / CNP 197413968053		18-Número do Contrato Executante TIAGO SOARES SCHERER		19-Número no CRO 14329	20-UF PR	21-Código CRO 08
22-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		23-Número no CRO 14329		24-UF PR	25-Código CRO 08	26-UF PR
27-Data de Realização do Tratamento						
28-Data de Realização do Tratamento						
29-Data de Realização do Tratamento						
30-Data de Realização do Tratamento						
31-Data de Realização do Tratamento						
32-Data de Realização do Tratamento						
33-Data de Realização do Tratamento						
34-Data de Realização do Tratamento						
35-Data de Realização do Tratamento						
36-Data de Realização do Tratamento						
37-Data de Realização do Tratamento						
38-Data de Realização do Tratamento						
39-Data de Realização do Tratamento						
40-Data de Realização do Tratamento						
41-Data de Realização do Tratamento						
42-Data de Realização do Tratamento						
43-Data de Realização do Tratamento						
44-Data de Realização do Tratamento						
45-Data de Realização do Tratamento						
46-Data de Realização do Tratamento						
47-Data de Realização do Tratamento						
48-Data de Realização do Tratamento						
49-Data de Realização do Tratamento						
50-Data de Realização do Tratamento						
51-Data de Realização do Tratamento						
52-Data de Realização do Tratamento						
53-Data de Realização do Tratamento						
54-Data de Realização do Tratamento						
55-Data de Realização do Tratamento						
56-Data de Realização do Tratamento						
57-Data de Realização do Tratamento						
58-Data de Realização do Tratamento						
59-Data de Realização do Tratamento						
60-Data de Realização do Tratamento						
61-Data de Realização do Tratamento						
62-Data de Realização do Tratamento						
63-Data de Realização do Tratamento						
64-Data de Realização do Tratamento						
65-Data de Realização do Tratamento						
66-Data de Realização do Tratamento						
67-Data de Realização do Tratamento						
68-Data de Realização do Tratamento						
69-Data de Realização do Tratamento						
70-Data de Realização do Tratamento						
71-Data de Realização do Tratamento						
72-Data de Realização do Tratamento						
73-Data de Realização do Tratamento						
74-Data de Realização do Tratamento						
75-Data de Realização do Tratamento						
76-Data de Realização do Tratamento						
77-Data de Realização do Tratamento						
78-Data de Realização do Tratamento						
79-Data de Realização do Tratamento						
80-Data de Realização do Tratamento						
81-Data de Realização do Tratamento						
82-Data de Realização do Tratamento						
83-Data de Realização do Tratamento						
84-Data de Realização do Tratamento						
85-Data de Realização do Tratamento						
86-Data de Realização do Tratamento						
87-Data de Realização do Tratamento						
88-Data de Realização do Tratamento						
89-Data de Realização do Tratamento						
90-Data de Realização do Tratamento						
91-Data de Realização do Tratamento						
92-Data de Realização do Tratamento						
93-Data de Realização do Tratamento						
94-Data de Realização do Tratamento						
95-Data de Realização do Tratamento						
96-Data de Realização do Tratamento						
97-Data de Realização do Tratamento						
98-Data de Realização do Tratamento						
99-Data de Realização do Tratamento						
100-Data de Realização do Tratamento						

Declaro, ainda, 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 enciar 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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a enciar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário

51-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

56-Data, local e Assinatura da Empresa

57-Data, local e Assinatura da Empresa

58-Data, local e Assinatura da Empresa

59-Data, local e Assinatura da Empresa

60-Data, local e Assinatura da Empresa

61-Data, local e Assinatura da Empresa

62-Data, local e Assinatura da Empresa

63-Data, local e Assinatura da Empresa

64-Data, local e Assinatura da Empresa

65-Data, local e Assinatura da Empresa

66-Data, local e Assinatura da Empresa

67-Data, local e Assinatura da Empresa

68-Data, local e Assinatura da Empresa

69-Data, local e Assinatura da Empresa

70-Data, local e Assinatura da Empresa

71-Data, local e Assinatura da Empresa

72-Data, local e Assinatura da Empresa

73-Data, local e Assinatura da Empresa

74-Data, local e Assinatura da Empresa

75-Data, local e Assinatura da Empresa

76-Data, local e Assinatura da Empresa

77-Data, local e Assinatura da Empresa

78-Data, local e Assinatura da Empresa

79-Data, local e Assinatura da Empresa

80-Data, local e Assinatura da Empresa

81-Data, local e Assinatura da Empresa

82-Data, local e Assinatura da Empresa

83-Data, local e Assinatura da Empresa

84-Data, local e Assinatura da Empresa

85-Data, local e Assinatura da Empresa

86-Data, local e Assinatura da Empresa

87-Data, local e Assinatura da Empresa

88-Data, local e Assinatura da Empresa

89-Data, local e Assinatura da Empresa

90-Data, local e Assinatura da Empresa

91-Data, local e Assinatura da Empresa

92-Data, local e Assinatura da Empresa

93-Data, local e Assinatura da Empresa

94-Data, local e Assinatura da Empresa

95-Data, local e Assinatura da Empresa

96-Data, local e Assinatura da Empresa

97-Data, local e Assinatura da Empresa

98-Data, local e Assinatura da Empresa

99-Data, local e Assinatura da Empresa

100-Data, local e Assinatura da Empresa



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



240

364836
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia (2/6/10) 8/12/2010	3-Data de Autorização (2/7/10) 8/12/2010	4-Série AUTORIZADO	5-Faturamento da Guia Principal 7825001	6-Data Válida de Sembr (2/4/11) 1/12/2010						
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira (0102022531109700000001011)	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida de Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional de Saúde							
13-Nome THAISLAINE NAIR PEREIRA		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do RUA do plano THAISLAINE NAIR PEREIRA								
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-LUF PR	20-Código CRO B 08	025 - Faturar Empresa						
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF (974131968053111)	22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-LUF PR	25-Código CHES							
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-LUF PR	29-Código CBO B								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabula	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-Matéria de Oclusão 42-Signatura
1-010181010000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/11/10	Sch
2-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/11/10	Sch
3-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/11/10	Sch
4-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/11/10	Sch
5-010181530000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/11/10	Sch
6-11111111111111111111											
7-11111111111111111111											
8-11111111111111111111											
9-11111111111111111111											
10-11111111111111111111											
11-11111111111111111111											
12-11111111111111111111											
13-11111111111111111111											
14-11111111111111111111											
15-11111111111111111111											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e benefícios 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, é (s) por mim assinado(s), 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 com o profissional em caso de cancelamento.											
49-Observações											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo de Empresa 11/11/11			

Odontolife
intercambio para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



364832
INTERCÁMBIO

1-Registro ABO 405414	2-Data de Emissão de Guia 26/08/2012	3-Data de Autorização 27/08/2012	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7824992	6-Data Validade da Série 24/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253110970000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Cidade Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SILVANI TEREZINHA LEMES DA ROSA PEREIRA		14-Teléfono 20/09/1972	15-Nome do titular do plano THAISLAINE NAIR PEREIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Aliamento a R/N N	17-Nome do Profissional Substituto SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CAD 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9741396053	22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Taxas	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-Dia de Realização	41-Motivo de Clna	42-Assinatura
1.00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			9/11/12		Silvani
2.00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			9/11/12		Silvani
3.00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			9/11/12		Silvani
4.00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			9/11/12		Silvani
5.00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			9/11/12		Silvani
6.00												
7.00												
8.00												
9.00												
10.00												
11.00												
12.00												
13.00												
14.00												
15.00												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	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 honorários 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 com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional responsável que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos com honorários de tratamento.					
69-Observação					
50-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/12	52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/12	53-Cidade, local e Carimbo da Empresa 18/11/12		

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER E SCHERER
CNPJ: 07.735.899/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
Para Afiliado para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24F

1-Plano ANS 406414	3-Cor de Emissão de Guia 27/11/2012	4-Data de Autorização 30/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7998332	7-Cor de Validade da Guia 25/11/2012	8-405521 INTERCÂMBIO
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Endereço FUNDACAO PARQUE		11-Data de Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JOSE ALBERTO PEREIRA DOS SANTO				14-Data de Nascimento 14/05/1994		15-Nome do titular do plano JOSE ALBERTO PEREIRA DOS SANTO
16-Abandono e RIN N		17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Número no CRO 14329		19-UF PR
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 97413968053		22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER		23-Número no CRO 14329		24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		27-Número no CRO 14329		28-UF PR		29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Fase	35-Q1	36-Quantidade US
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			
3-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			
4-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			
5-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			
6-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-001815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Data Prevista 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\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios do 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 referência ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. 49-Conservação						
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 Carteira
		17/11/12		19/11/12		19/11/12

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER E SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
BR-1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]



34



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contratante e arcar com os custos previstos no 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, por essa via este documento, os valores acordados e estabelecidos, quando for o caso, em conformidade com o contrato firmado entre as partes.

referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Specialista Scuola

30/07/2013

Handwritten notes at the bottom of the page include "C. 1000" and "C. 1000" written twice.

50-Data, local e Assinatura do Dirigente-Coordenador	51-Data, local e Assinatura do Dirigente-Coordenador	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Caimento da Empresa
--	--	---	--------------------------------------

100

008990



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 23/11/2012	4-Data de Autorização 04/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7992028	7-Data Válida da Guia 23/11/2012	403911 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------

8-Número do Contrato 0020202533042000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Válida do Contrato 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome JAIR PEREIRA MEZZOMO	14-Endereço 10/04/1973	15-Nome do titular do plano JAIR PEREIRA MEZZOMO
---------------------------------	---------------------------	---

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 97413968053	22-Nome do Contratado E executor TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CNEB
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional E executor TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-QD	36-Quantidade US	37-Viável	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo de Realização	41-Motivo da Dica	42-Valor
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00		0,00		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00		0,00		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00		0,00		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00		0,00		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00		0,00		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Úrgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que sou o responsável legal pelo tratamento, conforme acima apresentado, 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) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observações Dr. Tiago Scherer Especialista em Odontologia CRO-PR 20813
--

50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 04/11/2012 Dr. Tiago Scherer CRO-PR 20813	51-Data, local e Assinatura do Contratado E executor 04/11/2012 Dr. Tiago Scherer CRO-PR 20813	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Assistido 04/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER E SCHERER
CNPJ: 07.700.000/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6908999



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o

1-Registro ANVISA 406414	2-Data de Emissão de Guia 19/11/2012	3-Data de Autorização 20/11/2012	4-Sexo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7969567	6-Data Válida da Sessão 17/11/2012	398651 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202025282708000453011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ELAINE ALVES BANDEIRA		14-Telefone 02/06/1986 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano ELAINE ALVES BANDEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO E 08	025 - Faturar Empresa	
21-Código de Operadora / CNPJ / CEP 97413968053	22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CBO E		
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO E			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut						
40-Data de Realização						
41-Motivo da Causa						
42-Assinatura						
43-Data Final do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
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), foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo de Emissão						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



240

1-Registro ANS 406414	3-Caixa de Emissão da Guia 21/01/2012	4-Caixa de Autorização 21/01/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7995810	7-Caixa Validade da Série 21/01/2012	404966 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 010202509953900034903		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSEMPPRASSOC DOS SERV DO		11-Caixa Validade da Carteira 12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome FELIPE SAMWAYS SANTOS		14-Telefone 11/10/1988		15-Endereço do Bônus do plano GABRIELA SAMWAYS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Assinamento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Número no CBO 14329		19-UF PR
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 917413968053		22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER		25-Assinatura no CBO 14329		26-UF PR
28-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER		27-Número no CBO 14329		29-UF PR		30-Código CBO S 08
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado						
30-Faixa	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Tempo	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade Lit
1-001810100615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-00181010047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3-00181010047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIJ		1	36,00
4-00181010047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJE		1	36,00
5-00181010047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00
6-						
7-						
8-						
9-						
10-						
11-						
12-						
13-						
14-						
15-						
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade Lit						
47-Valor Total R\$						
48-Total Franquia / Co-participação R\$						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e natureza de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é (são) 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 com o(s) procedimento(s) em anexo.						
69-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						

03/11
15:00

34



402777
INTERCÀMBIO

[illegible]

OdontoLife

Impedido por não ser

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Registro ANS 406414	2-Cidade de Emissão da Guia 116/110/120	3-Cidade de Autuação 119/110/120	4-Série AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 7964181	6-Cidade Validada de Bateria 114/110/121	397245 INTERCÂMBIO					
Dados do Beneficiário											
8-Número do Cartão 0102025297119300000301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA	11-Cidade Validada do Cartão 111/111/111	12-Número de Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome IVAIR ROSALINO BASSE			14-Telefone 30/05/1961	15-Nome do titular do plano IVAIR ROSALINO BASSE							
Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento											
16-Acadêmico e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA		18-Número no CNO 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa					
21-Código de Operadora / CNPJ / CPM 97413968053		22-Nome do Contratado Específico TIAGO SOARES SCHERER		23-Número no CNO 14329	24-UF PR	25-Código CNEC					
26-Nome do Profissional Essencial TIAGO SOARES SCHERER		27-Número no CNO 14329		28-UF PR	29-Código CBO S						
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Região	34-Face	35-Set	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe de Responsabilidade
1-010	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			31/11/20	
2-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			31/11/20	
3-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			31/11/20	
4-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			31/11/20	
5-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			31/11/20	
6-010											
7-010											
8-010											
9-010											
10-010											
11-010											
12-010											
13-010											
14-010											
15-010											
43-Cidade Prevista Termino de Tratamento		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Esane Redução 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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-Assinatura <i>Dr. Tiago Scherer</i> Especialista e Mestre Dentista											
50-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Cidade, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável		52-Cidade, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável		53-Cidade, local e Carimbo da Empresa					
11/11/20		11/11/20		11/11/20		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ 07.736.896/0001-30 PR/PR 1206 - CNES 6808599					

Odontolife
Interfacing para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



397244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 19/11/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7964180	7-Data Validade da Série 14/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número do Cartão 0020252971930000303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA	11-Data Validade do Cartão 11/11/12	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome GIZELE RODRIGUES BASSE	14-Telefone 11/08/1904	15-Nome do titular do plano IVAIR ROSALINO BASSE
-----------------------------------	---------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Atividade do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO 5 08	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CNP 97413968053	22-Nome do Contratado Responsável TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO 5		

Planilha de Tratamento (Procedimentos Solicitados)

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes/Negativo	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			3/11/12		Gizele
2	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00			3/11/12		Gizele
3	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,60	0,00	0,00			3/11/12		Gizele
4	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00			3/11/12		Gizele
5	0081530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,60	0,00	0,00			3/11/12		Gizele
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 Quantidade US 178,00	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 assinado(s), foi(ram) realizado(s) em meu nome 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 com o plano de saúde.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/11/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 13/11/12
---	---	---	--

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	3-Data de Autorização 21/11/2012	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7977724	6-Data Vencimento da Guia 11/12/2012	7-400544 INTERCAMBIO
Definir os Beneficiários						
8-Número da Carteira 0102025111783800085801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Vencimento da Carteira 11/12/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome RAFAELA LOPES DE SOUZA		14-Telefone 20/12/1980	15-Nome do Rubor do plano RAFAELA LOPES DE SOUZA			
Definir os Beneficiários Responsáveis pelo Tratamento						
16-Afastamento a PN N	17-Nome do Profissional Solicitante SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número na CRO 14329	19-UF PR	20-Código CBO S 08	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 077413968053	22-Nome do Contratado Escusante TIAGO SOARES SCHERER	23-Número na CRO 14329	24-UF PR	25-Código CNE S		
26-Nome do Profissional Escusante TIAGO SOARES SCHERER	27-Número na CRO 14329	28-UF PR	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centro/Região	34-Faixa	35-Cob.	36-Quantidade US
1-0101810101010615		CONSULTA ODONTOLÓGICA				
2-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			
3-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIID			
4-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			
5-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			
6-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
16-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
17-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
18-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
19-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
20-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
21-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
22-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
23-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
24-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
25-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
26-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
27-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
28-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
29-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
30-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
31-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
32-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
33-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
34-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
35-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
36-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
37-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
38-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
39-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
40-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
41-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
42-010181530101047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Data Previsto Término de Tratamento	44-Tipo de Afastamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$
11/12/2012	1 Tratamento Odontológico 2 Exame Radiológico 3 Orlatório 4 Urgência/Emergência	1 Total 2 Parcial	178,00	0,00	0,00	0,00
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), foram realizados 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 cobrados previstos em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247



1-Registro ANS 406414	3-Carte de Emissão de Guia 21/11/01/12/0	4-Data de Autuação 21/11/01/12/0	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7979975	7-Data validade de Serão 11/01/11/12/1	401149 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 010202511783800077101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data validade da Carteira 11/11/11/12/1	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome GLENDA CORREA DOS SANTOS		14-Telefone 08/04/1998	15-Nome do titular do plano GLENDA CORREA DOS SANTOS			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Inscrito SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 14329	19-LUF PR	20-Código CBO 8 08	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 97413968053	22-Nome do Contratado Executante TIAGO SOARES SCHERER	23-Número no CRO 14329	24-LUF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 82001286-18 (1) 82001286-48 (1) 81000421- (1) 82001286-28 (1) 81000421- (1) 81000421- (1) 82001286-38 (1) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante TIAGO SOARES SCHERER	27-Número no CRO 14329	28-LUF PR	29-Código CBO 8			
Plano de Tratamento / Procedimentos Realizados						
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US
1-01082001286	1-01082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	361100
2-01082001286	2-01082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	361100
3-01082001286	3-01082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	361100
4-01082001286	4-01082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	1	361100
5-01081000421	5-01081000421	RX PERIAPICAL	RMSD	1	1	14100
6-01081000421	6-01081000421	RX PERIAPICAL	RMSE	1	1	14100
7-01081000421	7-01081000421	RX PERIAPICAL	RMIE	1	1	14100
8-01081000421	8-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
9-01081000421	9-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
10-01081000421	10-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
11-01081000421	11-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
12-01081000421	12-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
13-01081000421	13-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
14-01081000421	14-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
15-01081000421	15-01081000421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14100
43-Data Previsto Término do Tratamento						
44-Tipo de Atendimento						
45-Tipo de Faturamento						
46-Total Quantidade US						
47-Valor Total R\$						
48-Total Frequência / Co-participação R\$						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
53-Data, local e Carimbo da Empresa						

Dr. Tiago Scherer
Especialista em Prótese Dentária
CRM-PR 14329

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205
CNEB 6808999