OdontoLife

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

CRO: 28021/PR

Cirurgião Dentista: (17937) - CARLA LETICIA FILIPIN

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
423022 - I	MERI TEREZA DE OLIVEIRA (00202531175400054001)		19/11/2020	323	0,6	R$ 193,80
423953 - I	GUSTAVO HENRIQUE PADER KLEINUBING (00202531175400017704)		20/11/2020	431	0,6	R$ 258,60
425742 - I	MARCIA FERNANDA NARDI (00202509366000000103)		23/11/2020	174	0,6	R$ 104,40
428385 - I	ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH (00202522068300000201)		26/11/2020	88	0,6	R$ 52,80
429066 - I	ELIANA DE LIMA CAVASINI (00202531175400042401)		27/11/2020	296	0,6	R$ 177,60
429069 - I	ALANA MAYSA MIORANDO (00202531175400015702)		27/11/2020	174	0,6	R$ 104,40
430428 - I	IARA JULIANA STAFFEN (00202507462000010301)		30/11/2020	174	0,6	R$ 104,40
433406 - I	ANANDA RUBIELY MIORANDO (00202531175400015703)		03/12/2020	262	0,6	R$ 157,20
433458 - I	ANA PAULA GIMENES (00202531175400004703)		03/12/2020	235	0,6	R$ 141,00
433468 - I	RAQUEL CAROLINA WESSELING (00202531175400041301)		03/12/2020	235	0,6	R$ 141,00
434120 - I	ELISETE DOS REIS (00202531175400048401)		03/12/2020	174	0,6	R$ 104,40
436364 - I	SALETE RAMBO (00202531175400004701)		08/12/2020	262	0,6	R$ 157,20
436407 - I	ARIVALDO LUIZ COSTA (00202531398300000401)		08/12/2020	235	0,6	R$ 141,00
436410 - I	SEBASTIAO DE SOUZA (00202531175400001702)		08/12/2020	174	0,6	R$ 104,40
438955 - I	ROSANE DA SILVA MIORANDO (00202531175400015701)		11/12/2020	88	0,6	R$ 52,80
439134 - I	ANANDA RUBIELY MIORANDO (00202531175400015703)		11/12/2020	61	0,6	R$ 36,60
439608 - I	SEBASTIAO DE SOUZA (00202531175400001702)		11/12/2020	305	0,6	R$ 183,00
441761 - I	ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH (00202522068300000201)		16/12/2020	174	0,6	R$ 104,40
448445 - I	ENIO GUILHERME BORGES (00202533540200000102)		06/01/2021	357	0,6	R$ 214,20
448810 - I	IAN GABRIEL VOLKMER CORREA DA CRUZ (00202531175400052208)		07/01/2021	546	0,6	R$ 327,60
456642 - I	LIVIA EDUARDA VOLKMER CORREA DA CRUZ (00202531175400052206)		19/01/2021	174	0,6	R$ 104,40

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	4942
N° de atendimentos:	21
Valor:	R$ 2.965,20

Totalizador

N° de USOs:	4942
N° de atendimentos:	21
Valor:	R$ 2.965,20

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423022
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 19/11/20
4-Data de Autorização: 20/11/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8069791
7-Data Validade da Senha: 17/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253117504000541001
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: SINDICATO DOS SERVIDORES
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MERI TEREZA DE OLIVEIRA 11/09/1975
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MERI TEREZA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CARLA LETICIA FILIPIN
18-Número no CRO: 28021
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 08312324984
22-Nome do Contratado Executante: CARLA LETICIA FILIPIN
23-Número no CRO: 28021
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: CARLA LETICIA FILIPIN
27-Número no CRO: 28021
28-UF: PR
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
6	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	46	D	1	61	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DL	1	88	00,00	0,00	S	25/01/21		Meri
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 25/01/21
44-Tipo de Atendimento: 4 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 323,00
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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/01/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/01/21 Meri Tereza de Oliveira
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423953
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/11/20	23/11/20	AUTORIZADO	8076619	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253117540001704	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUSTAVO HENRIQUE PADER KLEINUBING 25/10/2013	( ) -	MARIA APARECIDA BARBOSA KLEINUBING

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0831232498 4	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	27/01/21		Maria
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	27/01/21		Maria
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	27/01/21		Maria
4	00	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	75	O	1	61,00	0,00	0,00	S	27/01/21		Maria
5	00	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	27/01/21		Maria
6	00	85100145	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	84	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	27/01/21		Maria
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
27/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	431,00	0,00	

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

49-Observação

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/01/21	27/01/21	27/01/21	27/01/21

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

Maria Aparecida Barbosa Kleinubing

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 425742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 23/11/20
4-Data de Autorização: 24/11/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8081487
7-Data Validade da Senha: 21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025093660000000103
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: ASSOC COMERCIAL E
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MARCIA FERNANDA NARDI 30/08/1980
14-Telefone: ( ) 3252-2626
15-Nome do titular do plano: ANA CRISTINE NARDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CARLA LETICIA FILIPIN
18-Número no CRO: 28021
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 08312324984
22-Nome do Contratado Executante: CARLA LETICIA FILIPIN
23-Número no CRO: 28021
24-UF: PR
25-Código CNES:
026-Nome do Profissional Executante: CARLA LETICIA FILIPIN
27-Número no CRO: 28021
28-UF: PR
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Marcia
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Marcia
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Marcia
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Marcia
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Marcia
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 25/01/21

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: 174,00

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/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/01/21 Londrina-PR

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/01/21 Londrina-PR Marcia Nardi

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 428385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
405414	26/11/20	26/11/20	AUTORIZADO	8092503	24/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252206830000020 1	POS REDE PRESTADORA	MEDEIROS CONTABILIDADE EIRELI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH 02/01/1992	( ) -	ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	25/01/21		ANDRESSA
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 CRO - PR	25/01/21	25/01/21 ANDRESSA	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin CRO - PR 28021

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 429066

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 408414	3-Data de Emissão da Guia: 27/11/20	4-Data de Autorização: 03/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8095306	7-Data Validade da Senha: 25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00203531175402400141	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ELIANA DE LIMA CAVASINI 02/12/1974		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: ELIANA DE LIMA CAVASINI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: CARLA LETICIA FILIPIN	18-Número no CRO: 28021	19-UF: PR	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 08312324984	22-Nome do Contratado Executante: CARLA LETICIA FILIPIN	23-Número no CRO: 28021	24-UF: PR	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: CARLA LETICIA FILIPIN		27-Número no CRO: 28021	28-UF: PR	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000319	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Eliana
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Eliana
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Eliana
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Eliana
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Eliana
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	25/01/21		Eliana
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00					Eliana
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Termino do Tratamento: 25/01/21	44-Tipo de Atendimento: 1 - 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1 - 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 296,00	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/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:

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 25/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável: 25/01/21 Eliana Cavasini	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 25/01/21

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 429069
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/11/20	02/12/20	AUTORIZADO	8095317	25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311754000157 02	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALANA MAYSA MIORANDO 13/01/2002	( ) -	ROSANE DA SILVA MIORANDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Alana
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Alana
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Alana
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Alana
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Alana
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Alana m. miorando	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 430428

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/11/20	02/12/20	AUTORIZADO	8101055	28/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205074620000101031	POS REDE PRESTADORA	COOPERATIVA DE CRED DE LIVRE		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IARA JULIANA STAFFEN 28/05/1991	( ) -	IARA JULIANA STAFFEN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Dente	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810003	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Iara
2	00840018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Iara
3	00840018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Iara
4	00840018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Iara
5	00840018	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Iara
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 433406

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/12/20	04/12/20	AUTORIZADO	8113658	03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025311175403001573	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANANDA RUBIELY MIORANDO 10/04/2006	( ) -	ROSANE DA SILVA MIORANDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		*Rosane
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		*Rosane
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		*Rosane
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		*Rosane
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		*Rosane
6-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	29/01/21		*Rosane
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	262,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Toledo PR Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21 Toledo PR	25/01/21 Toledo PR *Rosane da Silva Miorando	25/01/21 Toledo PR Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 433458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/12/20	04/12/20	AUTORIZADO	8113706	03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025311754000473	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA GIMENES 24/10/1993	( ) -	SALETE RAMBO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	235,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Toledo PR Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21 Toledo PR	25/01/21 Toledo PR Ana Paula Gimenes	25/01/21 Toledo PR Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 433468
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/12/20	04/12/20	AUTORIZADO	8113767	03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205315174001401	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAQUEL CAROLINA WESSELING 03/06/1992	( ) -	RAQUEL CAROLINA WESSELING

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Raquel
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Raquel
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Raquel
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Raquel
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Raquel
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	25/01/21		Raquel
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	235,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Londrina PR Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21 Londrina PR	25/01/21 Raquel C. Wesseling Londrina PR	25/01/21 Londrina PR Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 434120
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/12/20	04/12/20	AUTORIZADO	8116153	03/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205317117540004841	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISETE DOS REIS 28/06/1985	( ) -	ELISETE DOS REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 - 00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Elisete
2 - 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Elisete
3 - 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Elisete
4 - 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Elisete
5 - 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Elisete
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgia Dentista
CRO-PR 28021

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21	25/01/21	25/01/21 Elisete Dos Reis	25/01/21

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgia Dentista
CRO-PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 436364
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/12/20	11/12/20	AUTORIZADO	8125257	08/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253117540000470 1	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SALETE RAMBO 01/03/1972	( ) -	SALETE RAMBO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Salete
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Salete
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Salete
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Salete
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Salete
6-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	25/01/21		Salete
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	262,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Salete Rambo	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 436407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/12/20	16/12/20	AUTORIZADO	8125390	08/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253139830000401	POS REDE PRESTADORA	UNIPRIME PIONEIRA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARIVALDO LUIZ COSTA 11/07/1964	( ) -	ARIVALDO LUIZ COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	235,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgia Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Arivaldo Luiz Costa	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgia Dentista CRO - PR 28021

Odontolife
Simplicidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 439608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/12/20	16/12/20	AUTORIZADO	8139644	11/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203153117504000017202	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SEBASTIAO DE SOUZA 20/01/1956	( )	ADRIANA CRISTINA BENDER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
2-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
3-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
4-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
5-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	305,00	0,00	

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Principal	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Sebastião Souza	25/01/21

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 439608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/12/20	16/12/20	AUTORIZADO	8139644	11/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311175400001702	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SEBASTIAO DE SOUZA 20/01/1956	( ) -	ADRIANA CRISTINA BENDER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61	00	0	S	25/01/21		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61	00	0	S	25/01/21		
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61	00	0	S	25/01/21		
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61	00	0	S	25/01/21		
5-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61	00	0	S	25/01/21		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	305,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Sebastião Souza Cônjuge	25/01/21 Coordenadora

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 438955
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/12/20	16/12/20	AUTORIZADO	8136929	11/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253111754001571	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANE DA SILVA MIORANDO 20/11/1976	( ) -	ROSANE DA SILVA MIORANDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	8510020	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	15/01/21		Rosane
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
15/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
15/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	15/01/21	15/01/21 Rosane da Silva Miorando	15/01/21

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 439134
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/12/20	16/12/20	AUTORIZADO	8137798	11/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025311175401503	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANANDA RUBIELY MIORANDO 10/04/2006	( ) -	ROSANE DA SILVA MIORANDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	25/01/21		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21	25/01/21	25/01/21 Rosane da S Miorando	25/01/21

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 436410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/12/20	11/12/20	AUTORIZADO	8131587	08/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311754000017 02	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SEBASTIAO DE SOUZA 20/01/1956	( ) -	ADRIANA CRISTINA BENDER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Sebastião
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Sebastião
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Sebastião
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Sebastião
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Sebastião
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Sebastião de Souza	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 441761
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/12/20	06/01/21	AUTORIZADO	8149496	16/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002023232062830000002018	POS REDE PRESTADORA	MEDEIROS CONTABILIDADE EIRELI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH 02/01/1992	( ) -	ANDRESSA CRISTIANE MENTGES WEYH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324062	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Andressa
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Andressa
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Andressa
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Andressa
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Andressa
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Andressa C. M. Weyh	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 448445
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/01/21	11/01/21	AUTORIZADO	8174910	06/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025354020000102	POS REDE PRESTADORA	CLAUDETE TERRES RODRIGUES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ENIO GUILHERME BORGES 11/05/1994	( ) -	CLAUDETE TERRES RODRIGUES BORGES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		Enio
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Enio
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Enio
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Enio
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		Enio
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00		S	25/01/21		Enio
7-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MOD	1	122,00	0,00		S	25/01/21		Enio
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
11/01/21	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	357,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	11/01/21	25/01/21 Enio Guilherme Borges	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 448810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/01/21	11/01/21	AUTORIZADO	8176382	07/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253112752400005220 8	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IAN GABRIEL VOLKMER CORREA DA CRUZ 26/03/2014	( ) -	SILVIA MOREIRA CORREA DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
5	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
7	00	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	54	O	1	61,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
8	00	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	64	O	1	61,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
9	00	85100137	RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO	74	O	1	61,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
10	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00	0,00	S	25/01/21		Jocilaine
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência: 1	1-Total 2-Parcial: 1	546,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21 Jocilaine Volkmer	25/01/21

Dra. Carla L. Filipin
Cirurgiã Dentista
CRO - PR 28021

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 456642
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/01/21	20/01/21	AUTORIZADO	8208111	19/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311175400522006	POS REDE PRESTADORA	SINDICATO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LIVIA EDUARDA VOLKMER CORREA DA CRUZ 29/01/2017	( ) -	SILVIA MOREIRA CORREA DA CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08312324984	CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLA LETICIA FILIPIN	28021	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/01/21		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/01/21		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
25/01/21	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021	25/01/21	25/01/21	25/01/21 Dra. Carla L. Filipin Cirurgiã Dentista CRO - PR 28021