OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já é paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7581202	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252936161000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDREIA COSTA DE OLIVEIRA	01/06/1981	( ) -	ANDREIA COSTA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/20		
2	00	82010087	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	73,00	0,00		S	29/05/20		
3	00	82010087	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00		S	29/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	180,00	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 Clínica
/ /	29/05/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/05/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1306 - CNES 6806

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315603 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7582438	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800037001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA MADALENA SOARES 13/02/1977	( ) -	MARIA MADALENA SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		maria
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	21/05/20		maria
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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
/ /	21/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	21/05/20 maria madalena	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.728.896/0001-50 CRO/PR 1208 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

já tem ficha

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 314956

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	19/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7573824	17/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530121000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA FREITAS NASCIMENTO 01/04/1979	( ) -	PRISCILA FREITAS NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/05/20		Priscila
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/05/20		Priscila
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/05/20		Priscila
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/05/20		Priscila
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/05/20		Priscila
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 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
/ /	28/05/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista R.G. PR 20852	28/05/20 Priscila	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Ao paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316707

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	26/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7590261	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529105400000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MOACIR JOSE PAZ 30/12/1961	( ) -	MOACIR JOSE PAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644949848	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	31	V	1	61,00	0,00		S	27/05/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	27/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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 er 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

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6608999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/05/20	27/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316703

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	26/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7590259	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529105400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MOACIR JOSE PAZ 30/12/1961	( ) -	MOACIR JOSE PAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

(I) 85100218 (I) 85100218
(I) 85100218 (I) 85100226
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	26/05/20		
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOP	1	122,00	0,00		S	26/05/20		
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	88,00	0,00		S	26/05/20		
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VDP	1	122,00	0,00		S	26/05/20		
5	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
6	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOMP	1	122,00	0,00		S	26/05/20		
7	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	26/05/20		
8	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
9	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
10	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
11	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
12	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
13	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1076,00	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
/ /	26/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	26/05/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Pac. vai ja tem ficha

2-Nº 313436

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	14/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7564699	12/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800019801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAOLA ALICE BATISTA FIGUEREDO LOMBALDO 30/09/1987	( ) -	PAOLA ALICE BATISTA FIGUEREDO LOMBALDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/20		Paola
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Paola
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Paola
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Paola
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Paola
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808000

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
/ /	22/05/20	22/05/20 Paola	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316475

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588187	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708004901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO MATTEI 31/10/1988	( ) -	JOAO PAULO MATTEI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00	0,00	S	25/05/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	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 er 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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/05/20	25/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306821 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/04/20	24/04/20	AUTORIZADO	7515370	15/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528604700000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEVERSON FRANCH 17/04/1991	( ) -	CLEVERSON FRANCH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	19	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	880	0,00	0,00	S	24/04/20		
2	19	00851002180	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	1220	0,00	0,00	S	24/04/20		
3	19	00851002180	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	1220	0,00	0,00	S	24/04/20		
4	19	00851001960	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	0,00	0,00	S	24/04/20		
5	19	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	880	0,00	0,00	S	24/04/20		
6	19	00851002180	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	1220	0,00	0,00	S	24/04/20		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6030	0,00	

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/04/20	27/04/20 Cleverson Franch	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

pac: Estevan

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315004

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	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7574289	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528604700000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEVERSON FRANCH 17/04/1991	( ) -	CLEVERSON FRANCH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644498	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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		00851020020	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S	20/05/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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
/ /	20/05/20	20/05/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1294 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309534

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	29/04/20	26/05/20	AUTORIZADO	7535927	28/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005201	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADOLFO CARDOSO 19/07/1986	( ) -	ADOLFO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	15	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	610	0,00	0,00	S	26/05/20		Adolfo
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5490	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
/ /	26/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	26/05/20 Adolfo	/ /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

pac pai pa Tem furda

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313781

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/05/20	18/05/20	AUTORIZADO	7566970	13/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529105400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MOACIR JOSE PAZ	30/12/1961	( ) -	MOACIR JOSE PAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	18/05/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/05/20	/ /	

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Passar assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315346

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	20/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7576692	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800027501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DEBORA SANTOS DOS ANJOS 16/05/1994	( ) -	DEBORA SANTOS DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	21/05/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	21/05/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	21/05/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	21/05/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	21/05/20		
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	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
/ /	21/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	21/05/20	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312126

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	11/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7554705	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700802690101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCINEIA DOS SANTOS IZIDORO 17/06/1992	( ) -	LUCINEIA DOS SANTOS IZIDORO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/20		Lucineia
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Lucineia
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Lucineia
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Lucineia
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Lucineia
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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
/ /	11/05/20	11/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

já foi

2-Nº 311123

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	07/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7547450	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025241961200000501	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SORAYA MARIA DOS SANTOS 27/01/1974	( ) -	SORAYA MARIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	07/05/20		Soraya
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00	0,00	S	07/05/20		Soraya
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	95,00	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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1266 - CNES 6888999

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
/ /	07/05/20	07/05/20 Soraya	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

já tem ficha

2-Nº 312834

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7561107	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506961600007801	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS SERV DO PODER	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIDNEI RODRIGO COZER 14/04/1984	( ) -	SIDNEI RODRIGO COZER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/05/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	25		1	73,00	0,00		S	25/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	107,00	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 er 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
/ /	25/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	25/05/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

311180
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	07/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7547964	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252064870005630 1	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO 16/10/1996	( ) -	LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001286-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-48
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	22/05/20		Luiza
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00	0,00	S	22/05/20		Luiza
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	36,10	0,00	0,00	S	22/05/20		Luiza
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	36,10	0,00	0,00	S	22/05/20		Luiza
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	S	22/05/20		Luiza
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00	0,00	S	22/05/20		Luiza
7										S	22/05/20		Luiza
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	857,00	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
/ /	22/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	22/05/20 Luiza	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808599

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 296726 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/03/20	07/05/20	AUTORIZADO	7455616	03/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020258270800044701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENATO DESIDERIO JACINTO 11/09/1990	( ) -	RENATO DESIDERIO JACINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 82001294-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-48
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/20		
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	22/05/20		
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	22/05/20		
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	22/05/20		
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	22/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	609,00	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

Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/05/20	22/05/20	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315681

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7583125	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800049001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO MATTEI 31/10/1988	( ) -	JOAO PAULO MATTEI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644944 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/05/20	21/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310111
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/05/20	06/05/20	AUTORIZADO	7540367	02/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511143090001210101	POS REDE PRESTADORA	PRESTIGE INCORPORACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROBERTA LAIS LEMOS DE SENA 22/08/1995	( ) -	ROBERTA LAIS LEMOS DE SENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-48
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	21/05/20		
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	21/05/20		
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	21/05/20		
4	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	21/05/20		
5	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	21/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	648,00	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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.896/0001-50
CRO/PR 7035 - CNES 6508699

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
/ /	21/05/20	21/05/20	/ /

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

-D Realizo a GUIA 296304 em NOME da DRA ALEKSANDRA pois o mesmo ñ tem PREVISÃO DE VOLTA AOS ATENDIMENTOS, DEVIDO À PANDEMIA.

GRATO PELA COMPREENSÃO.

Dr. Esicvan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

Hospital Ministro Costa Cavalcante
Rua Rolândia, 92 - Vila A. Paraíso Iguaçu - PR
(45) 3523-8000 / 3027-2871

NTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 296304 INTERCÂMBIO

SCHERER & SCHERER ODONTOLOGIA

	6-Número da Guia Principal: 7453145	7-Data Validade da Senha: 02/06/20
CAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
) -	15-Nome do titular do plano: MARIA MADALENA SOARES	
Número no CRO: 6573	19-UF: PR	20-Código CBO S: 025 - Enviar - RX (I) 85100200
23-Número no CRO: 16573	24-UF: PR	25-Código CNES:
Número no CRO: 6573	28-UF: PR	29-Código CBO S:

ade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
88,00	0,00		S	21/05/20		
57,00	26,22		P	/ /		

Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
1-Total 2-Parcial	145,00	26,22	

aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

a, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/05/20	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6800

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 296304

SCHERER & SCHERER ODONTOLOGIA

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/03/20	/ /	PENDENTE DE ATO	7453145	02/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252827080003701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA MADALENA SOARES	13/02/1977	( ) -	MARIA MADALENA SOARES

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	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 -

Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	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	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VM	1	880	000		S	21/05/20		
2	00	85101976	RESTAURAÇÃO RESINA	45	L	1	570	262,2		P	/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1450,00	262,22	

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
/ /	21/05/20	21/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 10[illegible]

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6800

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7541076	02/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800025401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAIANA MAIARA OLIVEIRA DE LIMA 25/03/1996	( ) -	DAIANA MAIARA OLIVEIRA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-28

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	21/05/20		
3	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	21/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	293,00	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
/ /	21/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	21/05/20	/ / CRO/PR

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 314733

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	3147333

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	20852/PR - ESTEVAN SOARES SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
303527	303527	AUTORIZADO	00202500001000071502 - RAQUEL LAZZAROTTO ROSA

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento | 21 - Dente/Região | 22 - Face | 23 - Quantidade | 24 - Tabela | 25 - Procedimento/Item Assistencial | 26 - Descriçao do Procedimento | 27 - Código da Glosa
28 - Valor Recursado | 29 - Justificativa do Prestador | 30 - Valor Acatado | 31 - Justificativa da Operadora

1-	18/03/2020	25	M, O	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040	
	5280						Discordo totalmente da sua indicação. Elemento com remanescene dental favoravel na maioria das paredes dentais, restauração já realizada e em função. Pois assim foi autorizada previamente. Solcio o pagamento.		
	0000								
2-	/ /								
3-	/ /								
4-	/ /								
5-	/ /								
6-	/ /								

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

Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
5280	0000		

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador
18/03/2020	

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 314183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/05/20	18/05/20	AUTORIZADO	7569389	16/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000090 2	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTINO DE ANDRADE KOROLESKI 16/07/1986	( ) -	PAMELA TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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
/ /	20/05/20 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	20/05/20	/ /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6868909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311986
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	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7553635	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000090 1	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAMELA TEIXEIRA 26/05/1990	( ) -	PAMELA TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/05/20		Pamela T
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/05/20		Pamela T
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/05/20		Pamela T
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/05/20		Pamela T
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/05/20		Pamela T
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/05/20 Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	20/05/20 Pamela T.	/ / CRO/PR

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311400 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	07/05/20	08/05/20	AUTORIZADO	7549724	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202582827080001620 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISKELLY FLORENTINO DA SILVA 25/02/1987	( ) -	CRISKELLY FLORENTINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	29/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	29/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	29/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	29/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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
/ /	29/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/05/20	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311778 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	08/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7552357	06/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025285270800045901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARISA ALVES BARBOSA 08/03/1970	( ) -	MARISA ALVES BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81006056	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/05/20		
2	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
3	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
4	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
5	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/05/20		
6	00	85102188	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDP	1	122,00	0,00		S	20/05/20		
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	42	DL	1	88,00	0,00		S	20/05/20		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	384,00	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
/ /	20/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	20/05/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

302634
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/03/20	20/05/20	AUTORIZADO	7487992	15/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252915020000010 1	POS REDE PRESTADORA	TIAGO FRANCO GLANERT	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TIAGO FRANCO GLANERT 08/04/1986	( ) -	TIAGO FRANCO GLANERT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	20/05/20		
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	48	VO	1	88,00	0,00	0,00	S	20/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	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
/ /	20/05/20	20/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Ji é paciente Estevan

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 314368

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	19/05/20	19/05/20	AUTORIZADO	7570815	17/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800029401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA BEATRIZ SOUZA DE BRITO 22/11/1991	( ) -	ANA BEATRIZ SOUZA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	20/05/20		J. Brito
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	20/05/20		J. Brito
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	20/05/20		J. Brito
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	20/05/20		J. Brito
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	20/05/20		J. Brito
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 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
/ /	20/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/ER 20852	20/05/20 J. Brito	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 310515 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7543093	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800029401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA BEATRIZ SOUZA DE BRITO 22/11/1991	( )	ANA BEATRIZ SOUZA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	11	M	1	61,00	0,00		S	26/05/20		J. Brito
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	26/05/20		J. Brito
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme 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
/ /	26/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	26/05/20 J. Brito	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.758.896/0001-50 CRO/PR 206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312110
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	11/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7554502	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520315200084101	POS REDE PRESTADORA	MASCARELLO CARROCERIAS E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELI RODRIGUES DE SOUZA 30/05/1960	( ) -	ELI RODRIGUES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	18/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	18/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	18/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	18/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	18/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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 er 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
/ /	18/05/20	18/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 12085 CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306763

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/04/20	13/05/20	AUTORIZADO	7514827	15/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511430900011401	POS REDE PRESTADORA	PRESTIGE INCORPORACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAISSA FREITAS CAVALCANTE 28/07/1988	( ) -	RAISSA FREITAS CAVALCANTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	11	M	1	61,00	0,00		S	14/05/20		
2	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMP	1	122,00	0,00		S	14/05/20		
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	14/05/20		
4	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODM	1	122,00	0,00		S	14/05/20		
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	13/05/20		
6	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	122,00	0,00		S	13/05/20		
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	18/05/20		
8	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	122,00	0,00		S	18/05/20		
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	18/05/20		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	874,00	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

Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/05/20	18/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312753 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7559464	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529338900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDSON BATISTA FERREIRA JUNIOR 04/09/1997	( ) -	EDSON BATISTA FERREIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 - Faturar Empresa

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	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Edson
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Edson
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Edson
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/05/20		Edson
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 12206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	13/05/20 Edson Junior	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 299902

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	11/03/20	14/05/20	AUTORIZADO	7474077	09/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800001501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SANDRA MARA PARRA VARELA	03/08/1976	( ) -	SANDRA MARA PARRA VARELA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644949 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Codigo 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	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S	14/05/20		SANDRA
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas 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
/ /	14/05/20 Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	14/05/20 SANDRA MPVARELA	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 10... - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309599

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	30/04/20	06/05/20	AUTORIZADO	7536011	29/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800258001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATHLEEN GALVAO DE OLIVEIRA 11/11/1998	( ) -	KATHLEEN GALVAO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	15/05/20		Kathleen
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	15/05/20		Kathleen
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	15/05/20		Kathleen
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	15/05/20		Kathleen
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	15/05/20		Kathleen
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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
/ /	15/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	15/05/20 Kathleen	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6508999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308450
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	24/04/20	15/05/20	AUTORIZADO	7527075	23/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800025801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATHLEEN GALVAO DE OLIVEIRA 11/11/1998	( ) -	KATHLEEN GALVAO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001286-28 (I) 81000421-
(I) 82001286-38
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	15/05/20		Kathleen
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	15/05/20		Kathleen
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	140,00	0,00		S	15/05/20		Kathleen
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	140,00	0,00		S	15/05/20		Kathleen
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	750,00	0,00	

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/05/20	15/05/20 Kathleen	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311512 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	08/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7550602	06/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800023901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZA MARA BATISTA DE SOUZA 17/06/1991	( ) -	LUIZA MARA BATISTA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/05/20		
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/05/20		
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/05/20		
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/05/20		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	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 quaisquer 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
/ /	15/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	15/05/20	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1204 - CNES 6808999

OdontoLife
franquilidade para a você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309030 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	28/04/20	14/05/20	AUTORIZADO	7534172	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020251143090001210101	POS REDE PRESTADORA	PRESTIGE INCORPORACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROBERTA LAIS LEMOS DE SENA 22/08/1995	( ) -	ROBERTA LAIS LEMOS DE SENA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/05/20	-	
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/05/20	-	
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/05/20	-	
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	14/05/20	-	
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1400		

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
/ /	14/05/20	14/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.938.880/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312107
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	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7554488	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005602	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANDA TRINIDAD VILLALBA DE VIEIRA 21/12/1951	( ) -	LUANA FRANCISCA VILLALBA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/05/20	11/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 300319

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/03/20	13/05/20	AUTORIZADO	7476444	10/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080003140 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANDA ANDREIA CAVALHEIRO GILL 30/09/1988	( ) -	AMANDA ANDREIA CAVALHEIRO GILL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00		S	13/05/20		Amanda
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	0,00	

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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	13/05/20 Amanda	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Paciente
Pai

2-Nº 311395

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	07/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7549700	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300001101	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HUGO LUIS CERUTTI 04/08/1968	( ) -	HUGO LUIS CERUTTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/04/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/04/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/04/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/04/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/04/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	13/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309411 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	29/04/20	08/05/20	AUTORIZADO	7535822	28/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529813800000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAMILLY VITORIA SCHMITZ DA SILVA 29/07/2003	( ) 84062166	ADEVALDO JOSE DA SILVA FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

(I) 82001286-18 (I) 82001286-48 (I) 81000421-
(I) 82001286-28 (I) 81000421- (I) 81000421-
(I) 82001286-38 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
5	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
7	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
8	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
9	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	12/05/20		Camilly
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1534,00	0,00	

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/05/20	12/05/20 Camilly	/ /

UNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808599

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311175 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	07/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7547944	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800022501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VILMA FERREIRA DO NASCIMENTO 09/11/1976	( ) -	VILMA FERREIRA DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564649488	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/05/20		
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00		S	12/05/20		
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	12/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	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, ao assinar esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	12/05/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 307640

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	22/04/20	06/05/20	AUTORIZADO	7520991	21/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529447476000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CRISTINA DA COSTA 11/12/1962	( ) -	ELAINE CRISTINA DA 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	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	12/05/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	14		1	73,00	0,00	0,00	S	12/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	107,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	12/05/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

311031
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	06/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7546714	04/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800011501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EVA CRISTINA CARVALHO 15/11/1975	( ) -	EVA CRISTINA CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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 er 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
/ /	11/05/20	11/05/20 Eva C. Carvalho	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
R [illegible] 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.596/0001-50
CRO/PR 12906 - CNES 6808909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309631
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	30/04/20	08/05/20	AUTORIZADO	7536225	29/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252983410000010 12	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCOS CEZAR DE OLIVEIRA	09/10/1984	( ) -	KAROLIN RAPHAELA ANDRADE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/05/20		MARCOS
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	08/05/20		MARCOS
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	08/05/20		MARCOS
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	08/05/20		MARCOS
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	08/05/20		MARCOS
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

UNIDADE ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - End. Sede

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
/ /	08/05/20	08/05/20 MARCOS	/ /

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 310245
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7540777	02/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020250000010000715 02	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAQUEL LAZZAROTTO ROSA 23/07/1994	( ) 3029-6193	EMANUEL DA SILVA GAMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Raquel
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Raquel
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Raquel
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Raquel
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	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

ALTERADA QUANTIDADE DE USO DO ATO 84000198 ATRAVES DA TELA DE AJUSTES E VERIFICACOES

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
/ /	11/05/20	11/05/20 Raquel Lazzarotto Rosa.	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308418
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	24/04/20	08/05/20	AUTORIZADO	7526903	23/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000239901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZA MARA BATISTA DE SOUZA 17/06/1991	( ) -	LUIZA MARA BATISTA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494848	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	08/05/20		
2	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00	0,00	S	08/05/20		
3	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOV	1	122,00	0,00	0,00	S	08/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	229,00	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
/ /	08/05/20	08/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808899

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 272859

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/01/20	22/04/20	AUTORIZADO	7326058	16/04/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528632800000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WALLISON MATHEUS CORREIA DA SILVA 26/06/2006	( ) -	ELISANGELA CORREIA

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	22/04/20		Wallison
2	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	22/04/20		Wallison
3	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	22/04/20		Wallison
4	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	22/04/20		Wallison
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	196,00	0,00	,

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

49-Observação

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.996/0001-50
CRO/PR 10015 - CNES 6808990

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
/ /	17/01/20	10/01/20 Wallison	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 298486 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	09/03/20	11/03/20	AUTORIZADO	7466423	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800001501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SANDRA MARA PARRA VARELA 03/08/1976	( ) -	SANDRA MARA PARRA VARELA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564649488	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

(I) 85100218 (I) 85100226
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	09/03/20		
2		00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VOD	1	122,00	0,00		S	09/03/20		
3		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	11/03/20		
4		00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	0,00		S	11/03/20		
5		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	11/03/20		
6		00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMV	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
7		00851002226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DMOV	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
8		00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	122,00	0,00		S	06/05/20		
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	759,00	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
. 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
/ /	06/05/20	06/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309632

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	30/04/20	06/05/20	AUTORIZADO	7536226	29/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529834100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAROLIN RAPHAELA ANDRADE DOS SANTOS 05/08/1992	( ) -	KAROLIN RAPHAELA ANDRADE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	06/05/20		Karolin
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	06/05/20		Karolin
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	06/05/20		Karolin
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	06/05/20		Karolin
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	06/05/20		Karolin
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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
/ /	06/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	06/05/20 Karolin	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

306814
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/04/20	05/05/20	AUTORIZADO	7515329	15/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800041601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CHISLEI CHUELI SILVA PERANDRI 03/03/1988	( ) -	CHISLEI CHUELI SILVA PERANDRI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(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	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	8800	0,00		S	05/05/20		Chisl
2	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	8800	0,00		S	05/05/20		Chisl
3	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	05/05/20		Chisl
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2100	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	05/05/20 Chisl	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6886609

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

302166
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/03/20	17/03/20	AUTORIZADO	7485740	14/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529650200000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEX RICARD GENEROSO VIEIRA 27/06/1993	( ) -	ALEX RICARD GENEROSO VIEIRA

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	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	05/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	05/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	05/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	05/05/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808699

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/05/20	05/05/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluído

2-Nº

290127
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/02/20	19/02/20	AUTORIZADO	7418998	18/05/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528604700000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIELLY FABIANA PERANDRE ROTT 22/05/2007	( ) -	CLEVERSON FRANCH

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	14		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	15		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	24		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	25		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
5	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	35		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	44		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	45		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
8	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	34		1	49,00	0,00		S	15/05/20		Adriely
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	392,00	0,00	

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

49-Observação

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	15/05/2020 Adriely Perandre	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluído

2-Nº

290113
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/02/20	20/02/20	AUTORIZADO	7418953	18/05/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528604700000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIELLY FABIANA PERANDRE ROTT 22/05/2007	( ) -	CLEVERSON FRANCH

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
5	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
8	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	20/02/20		Cristini
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	392,00	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

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

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

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
20/02/20	20/02/20	20/02/20 Cristini Perandre	20/02/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 301256

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/03/20	13/05/20	AUTORIZADO	7481262	11/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526989900000506	POS REDE PRESTADORA	PROVIDENCIAL EMPRESA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRYAN DOS SANTOS JACINTO 11/06/2017	( ) 99199-5430	VALDECIR RODRIGUES JACINTO

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	SONIA MARIA DE CARVALHO COAN	3093	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
33817979911	SONIA MARIA DE CARVALHO COAN	3093	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
SONIA MARIA DE CARVALHO COAN	3093	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	75	O	1	61,00	0,00		S	13/05/20		Maria
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00		S	13/05/20		Maria
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61,00	0,00		S	/ /		Maria
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	13/05/20 x Maria Ines	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 295615
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/03/20	29/05/20	AUTORIZADO	7449462	02/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506446437005680202	POS REDE PRESTADORA	SINDARSPEN SIND AGENTES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLISE CAROLINA BATTIROLA 23/09/1987	( ) -	PEDRO AUGUSTO MIRANDA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	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	08101006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		S	29/05/20		MCB
2-	00	08401001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00,00		S	29/05/20		MCB
3-	00	08401001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00,00		S	29/05/20		MCB
4-	00	08401001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00,00		S	29/05/20		MCB
5-	00	08401001 98	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00,00		S	29/05/20		MCB
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

CD Diago Scherer
Especialista em Dentística e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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 Operadora
29/05/20	29/05/20	/ /	29/05/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já tem ficha marcada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316598 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7589443	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529882300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VIVIANA CRISTINA SALVAGNI 18/08/1986	( ) -	VIVIANA CRISTINA SALVAGNI

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

Enviar - RX

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

(I) 85100218 (I) 85100226 (I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
4	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVMP	1	122,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
5	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
6	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DV	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MV	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
8	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
9	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
10	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
11	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
12	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DOM	1	122,00	0,00		S	26/05/20		Viviana
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1226,00	0,00	

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

Tiago Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

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
25/05/20	25/05/20	26/05/20 Viviana C.S.	26/05/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

ficha cl
Tiago

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 314979
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	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7574032	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800032401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA MARTINS THAUMATURGO LOPES 11/11/1979	( ) -	PRISCILA MARTINS THAUMATURGO LOPES

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	27/5/20		
2	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/5/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentaria
CRO-PR 14329

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/5/20	27/5/20	27/5/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

306587
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/04/20	22/04/20	AUTORIZADO	7513377	14/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080004600 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADINALDO CORDEIRO FERREIRA JUNIOR 27/06/1999	( ) -	ADINALDO CORDEIRO FERREIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/5/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/5/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/5/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/5/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/5/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Tiago Soares Scherer
Cirurgião-Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

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
26/5/20	26/5/20	26/5/20	26/5/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588398	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530185300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAROLINE ELIAS DA SILVA 20/06/1995	( ) -	KAROLINE ELIAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	216	25/05/20	
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	216	25/05/20	
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	216	25/05/20	
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	216	25/05/20	
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	216	25/05/20	
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Tiago Scherer
Especialista em Prótese Dentária
CRO/PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

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
/ /	26/05/20	26/05/20	26/05/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 314864
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	19/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7573145	17/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800035101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUILHERME PAULO DE OLIVEIRA 20/12/1996	( ) -	GUILHERME PAULO DE OLIVEIRA

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/5/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/5/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/5/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/5/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/5/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

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
/ /	25/5/20	25/5/20	25/5/20

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Foz do Iguaçu, 22 de maio de 2020.

A Odontolife.

Não foi possível a conclusão desta guia no site da operadora. O Cirurgião Dentista Luiz Renato Scherer CRO-PR 2030 deixou o corpo clínico desta clínica. Esse tratamento foi realizado e concluído pelo Cirurgião Dentista Tiago Soares Scherer CRO-PR 14329.

Muito Obrigado.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

CD Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

el Tiago pac. do pai

2-Nº

300739
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/03/20	14/05/20	AUTORIZADO	7478670	10/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529517700000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NELIDA CATALINA MORENO SOUZA 30/04/1966	( ) -	NELIDA CATALINA MORENO SOUZA

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/5/20		Nelida
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/5/20		Nelida
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/5/20		Nelida
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/5/20		Nelida
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/5/20		Nelida
6											/ /		
7											/ /		Nelida
8											/ /		Nelida
9											/ /		Nelida
10											/ /		Nelida
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dr. Luiz Renato Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14629

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/5/20	12/5/20 Nelida	12/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

296275
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/03/20	06/03/20	AUTORIZADO	7453069	02/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520648700038501	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO BORGES LIED 14/03/1981	(45) 3029-9744	THIAGO BORGES LIED

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	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122,00	0,00		S	22/5/22		
2	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	11/03/20		
3	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	11/03/20		
4	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	15	M	1	61,00	0,00		S	22/5/22		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

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
22/5/22	22/5/22	22/5/22	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312221
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	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7555266	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005003	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIOS VALENSUELA ENGELAGE 07/08/2001	( ) -	SORAYA MARIA DOS SANTOS

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/20		Vinicios
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicios
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicios
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicios
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Vinicios
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

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
/ /	22/05/20	22/05/20 Vinicios Engelage	22/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Paciente anuiu Tiago

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313947

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/05/20	18/05/20	AUTORIZADO	7567886	16/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529780500000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VANESSA DUTRA AMADO 10/03/1989	( ) -	VANESSA DUTRA AMADO

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/05/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/05/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

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
/ /	21/05/20	21/05/20	21/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311621

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	08/05/20	08/05/20	AUTORIZADO	7551159	06/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202519989301000043001	POS REDE PRESTADORA	FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE MATIELLO DOS SANTOS 20/01/1980	( ) -	ELIANE MATIELLO DOS SANTOS

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/5/20		Eliane
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/5/20	/ / Eliane matiello	13/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

311412
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	07/05/20	08/05/20	AUTORIZADO	7549827	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529900300000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEIDE MARIA MARTINS CHAMS 14/09/1967	( ) -	CLEIDE MARIA MARTINS CHAMS

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81006506	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/5/20		Cleide
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/5/20		Cleide
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/5/20		Cleide
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/5/20		Cleide
5	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/5/20		Cleide
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Tiago Soares Scherer
Prótese Dentária
CRO-DR 14329

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.739.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6668990

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
/ /	13/5/20	13/5/20 Cleide

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312998
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	14/05/20	AUTORIZADO	7561484	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529903000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEIDE MARIA MARTINS CHAMS 14/09/1967	( ) -	CLEIDE MARIA MARTINS CHAMS

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	82008059	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	730	0,00		S	13/5/20		
2	00	82008059	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	730	0,00		S	13/5/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1460	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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.

Dr. Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo do Executante
/ /	13/5/20	13/5/20	13/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311386
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	07/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7549666	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800049801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDA RAFAELA MANSOUR	24/04/1989	( ) -	FERNANDA RAFAELA MANSOUR

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139680530	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/5/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/5/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/5/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	15/5/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/5/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/5/20	15/5/20	15/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

301270
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/03/20	11/05/20	AUTORIZADO	7481260	11/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511783800086601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE MACEDO PALAZZO 25/03/1992	( ) -	CRISTIANE MACEDO PALAZZO

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 -
Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/20		Cmp
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Cmp
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Cmp
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Cmp
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Cmp
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

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
/ /	11/05/20	11/05/20 Cristiane Macedo Palazzo	11/05/20

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Foz do Iguaçu, 13 de maio de 2020.

A Odontolife.

Não foi possível a conclusão desta guia no site da operadora. O Cirurgião Dentista Luiz Renato Scherer CRO-PR 2030 deixou o corpo clínico desta clínica. Esse tratamento foi realizado e concluído pelo Cirurgião Dentista Tiago Soares Scherer CRO-PR 14329.

Muito Obrigado.

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

CD Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 299112

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/03/20	12/03/20	AUTORIZADO	7469776	08/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528868800600103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PEDRO ROCHA FERREIRA 24/09/2013	( ) -	ELISABETE DE MOURA ROCHA

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/5/20		LMR
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	13/5/20		LMR
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	13/5/20		LMR
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	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 er 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 esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Luiz Renato Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14919

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/5/20	13/5/20	13/5/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312308

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7555977	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202500001000030101	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE 09/08/1973	(45) 3524-4580	ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	13/5/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/5/20	13/5/20	13/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312316 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7556044	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202500001000030101	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE 09/08/1973	(45) 3524-4580	ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	47	O	1	61,00	0,00		S	13/05/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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 er 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 assinado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	13/05/20	13/05/20

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Foz do Iguaçu, 13 de maio de 2020.

A Odontolife.

Não foi possível a conclusão desta guia no site da operadora. O Cirurgião Dentista Luiz Renato Scherer CRO-PR 2030 deixou o corpo clínico desta clínica. Esse tratamento foi realizado e concluído pelo Cirurgião Dentista Tiago Soares Scherer CRO-PR 14329.

Muito Obrigado.

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

CD Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

Hospital Ministro Costa Cavalcante
Rua Baleia, 52 - Vila A - Foz do Iguaçu - PR
(45) 3524-2870 / 99991-2333 / 3027-2871

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

295290
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	03/03/20	05/03/20	AUTORIZADO	7447419	01/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527454500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROMILDA SOARES DOS SANTOS 07/10/1965	( ) -	ROMILDA SOARES DOS SANTOS

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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-participeção R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orodontia 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 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.

Dr. Diego Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 74370

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	13/05/20	13/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/05/20	06/05/20	AUTORIZADO	7542700	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529759300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDREIA GONCALVES 29/08/1983	( ) -	ANDREIA GONCALVES

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139680530	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMD	1	122,00	0,00		S	11/05/20		Andréia
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OMD	1	122,00	0,00		S	11/05/20		Andréia
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DP	1	88,00	0,00		S	11/05/20		Andréia
4	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00		S	11/05/20		Andréia
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Andréia
6	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Andréia
7	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	122,00	0,00		S	12/05/20		Andréia
8	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	13/05/20		Andréia
9	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	13/05/20		Andréia
10	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODV	1	122,00	0,00		S	13/05/20		Andréia
11	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	13/05/20		Andréia
12	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODV	1	122,00	0,00		S	13/05/20		Andréia
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1233,00	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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	/ / Andréia J.	13/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311962

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	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7553426	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529882300000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VIVIANA CRISTINA SALVAGNI 18/08/1986	( ) -	VIVIANA CRISTINA SALVAGNI

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	S	12/05/20		Viviana
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00	0,00	S	12/05/20		Viviana
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00	0,00	S	12/05/20		Viviana
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00	0,00	S	12/05/20		Viviana
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00	0,00	S	12/05/20		Viviana
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740,00	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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/5/20	12/5/20 Viviana	12/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310914
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	06/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7545888	04/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524263600000501	POS REDE PRESTADORA	BLUE PARK AQUATICO S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO 20/07/1982	( ) -	PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	18	O	1	61,00	0,00	0,00	S	12/05/20		Priscila
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/05/20	12/05/20 Priscila D. M. Bueno	14/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310706
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/05/20	07/05/20	AUTORIZADO	7544308	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025075171000071011	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAELEN DOS SANTOS BALICO 13/10/1993	(45) 3541-3583	DAELEN DOS SANTOS BALICO

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-38

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	82008754	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	11/5/20		Daelen S.
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	11/5/20		Daelen S.
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	434,00	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 er 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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/5/20	11/5/20 Daelen S.	11/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309395

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	29/04/20	04/05/20	AUTORIZADO	7535808	28/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529836500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA PEREIRA ROCHA 11/10/1966	( ) -	MARIA PEREIRA ROCHA

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	11/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	11/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	11/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	11/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	11/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/05/20	11/05/20	11/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309372

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	29/04/20	04/05/20	AUTORIZADO	7535791	28/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529811500001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SEVERINA BESERRA DA SILVA 20/02/1973	( ) -	SEVERINA BESERRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/5/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/5/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/5/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/5/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/5/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808949

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
/ /	11/5/20	11/5/20	11/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

310701
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/05/20	08/05/20	AUTORIZADO	7544285	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205298115000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ESTHER HADASSA SILVA DE OLIVEIRA 17/05/2011	( ) -	SEVERINA BESERRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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		00840090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	11/5/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	72,00	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.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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
/ /	11/5/20	11/5/20	11/5/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

309371
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	29/04/20	04/05/20	AUTORIZADO	7535790	28/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529811150000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ESTHER HADASSA SILVA DE OLIVEIRA 17/05/2011	( ) -	SEVERINA BESERRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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		00810006-5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	11/5/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/5/20	11/5/20	11/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308710

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/04/20	27/04/20	AUTORIZADO	7529324	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117783800085402	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA DE PAULA OLIVEIRA 10/09/1992	( ) -	DIEGO OLIVEIRA

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 82001294-28
(I) 82001294-38
(I) 82001286-18

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/04/20		Jessica
2-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	27/04/20		Jessica
3-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	27/04/20		Jessica
4-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	27/04/20		Jessica
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	767,00	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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/04/20	27/04/20 Jessica de Paula	27/04/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309041

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	28/04/20	29/04/20	AUTORIZADO	7534218	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708004301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LENIR CARINI 03/04/1985	( ) -	LENIR CARINI

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S	6/5/20		LCarini
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista Mestre
Odontologia Dentária
CRO-PR 14329

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

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
/ /	6/5/20	6/5/20 LCarini.	6/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 310642

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/05/20	06/05/20	AUTORIZADO	7543828	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524263600000501	POS REDE PRESTADORA	BLUE PARK AQUATICO S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO 20/07/1982	( ) -	PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/05/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e 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 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
/ /	06/05/20	06/05/20 Priscila D M Bueno	/ /

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

309091
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	28/04/20	29/04/20	AUTORIZADO	7534535	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529804740000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO BRANDAO SANDES 18/05/1984	( ) -	FERNANDO BRANDAO SANDES

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

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

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	6/4/20		
2-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	6/5/20		
3-	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OML	1	122,00	0,00		S	6/5/20		
4-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	6/5/20		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	386,00	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(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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo do Prestador
/ /	6/5/20	6/5/20	6/5/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308864

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	28/04/20	29/04/20	AUTORIZADO	7533766	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529753800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DIANA TERESA MASKE 17/08/1953	( ) -	DIANA TERESA MASKE

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

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

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	43	L	1	61,00	0,00		S	26/04/20		Diana
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DV	1	88,00	0,00		S	26/04/20		Diana
3	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	88,00	0,00		S	26/04/20		Diana
4	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	26/04/20		Diana
5	00	85102002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VDP	1	122,00	0,00		S	26/04/20		Diana
6	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VD	1	88,00	0,00		S	26/04/20		Diana
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	508,00	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

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1296 - CNES 6808949

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
/ /	26/04/20	Diana Teresa Maske 26/04/20	

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308855

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	28/04/20	06/05/20	AUTORIZADO	7533748	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529753800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DIANA TERESA MASKE 17/08/1953	( ) -	DIANA TERESA MASKE

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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		00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	730,00	0,00	0,00	S	6/5/20		Diana
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	730,00	0,00	

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

49-Observação
. Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	6/5/20	6/5/20 Diana Teresa Maske	6/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

308400
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	24/04/20	24/04/20	AUTORIZADO	7526755	23/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510875100409102	POS REDE PRESTADORA	CASTROLANDA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JUAN PALMAS DE LIMA 28/07/2000	( ) -	SIRLENY PACHECO PALMAS

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	5/5/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	5/5/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	5/5/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	5/5/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	5/5/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740,00	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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	5/5/22	5/5/20	5/5/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308955

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	28/04/20	29/04/20	AUTORIZADO	7533972	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507517100007101	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAELEN DOS SANTOS BALICO 13/10/1993	(45) 3541-3583	DAELEN DOS SANTOS BALICO

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/04/20		T. Daelen S.
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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

CD Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 16329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808960

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
/ /	29/04/20	29/04/20 Daelen S. Balico	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309993

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/05/20	04/05/20	AUTORIZADO	7539617	02/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506961600007902	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS SERV DO PODER	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAQUEL BERGHAN DA SILVA MEULAM 03/07/1993	( ) -	RAFAEL JOAO SEUBERT MEULAM

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85101001996	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	5/5/20		X Raquel B S M
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Dr. Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
CRO-PR 14329

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

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
/ /	5/5/20	6/5/20 X Raquel B S Meulam	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308089

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	23/04/20	23/04/20	AUTORIZADO	7524583	22/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529439700000202	POS REDE PRESTADORA	CONESISTEMAS TECNOLOGIA EM	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSELI PASSALA CARNIATO 20/11/1975	( ) -	ANDERSON CARNIATO CAMARGO DE OLIVEIRA

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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		00851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVP	1	122,00	0,00		S	5/5/20		
2		00851002018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVP	1	122,00	0,00		S	5/5/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	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 executante que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os gastos conforme previsto em contrato.

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Diretor Técnico	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	5/5/20	5/5/20	5/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308025 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	23/04/20	23/04/20	AUTORIZADO	7523961	22/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529439700000202	POS REDE PRESTADORA	CONESISTEMAS TECNOLOGIA EM	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSELI PASSALA CARNIATO 20/11/1975	( ) -	ANDERSON CARNIATO CAMARGO DE OLIVEIRA

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100200
(I) 85100200

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODMP	1	122,00	0,00		S	5/5/20		
2	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	5/5/20		
3	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	5/5/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	298,00	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

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	5/5/20	5/5/20	5/5/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308888

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	28/04/20	29/04/20	AUTORIZADO	7533836	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800049001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO MATTEI 31/10/1988	( ) -	JOAO PAULO MATTEI

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	29/04/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	29/04/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	29/04/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	29/04/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	29/04/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	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 er 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.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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
/ /	29/04/20	29/04/20	29/04/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

309022
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	28/04/20	29/04/20	AUTORIZADO	7534167	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800013601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REJANE MARCIA VARGAS DOS SANTOS 18/09/1983	( ) -	REJANE MARCIA VARGAS DOS SANTOS

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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	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	85102260	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMVP	1	122,00	0,00		S	4/5/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6804999

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
/ /	4/5/20	4/5/20	4/5/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318351

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	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7601276	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800443011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROQUE CRISTALDO VELAZQUEZ 16/08/1989	( ) -	ROQUE CRISTALDO VELAZQUEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644949848	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	29/05/20		Roque
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	29/05/20		Roque
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	29/05/20		Roque
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	29/05/20		Roque
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	29/05/20		Roque
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/05/20 Dr. Estevan Soares Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/05/20 Roque	/ / UNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316109
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	22/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7585899	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000403	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARILIN APARECIDA DE MATOS FERREIRA 31/05/1980	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341816691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	SR	25/05/20		
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00	0,00	SR	25/05/20		
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00	0,00	SR	25/05/20		
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00	0,00	SR	25/05/20		
5	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00	0,00	SR	25/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740,00	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
/ /	29/05/20	29/05/20	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLÓ
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0
CRO/PR 1206 - CNES

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316115

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	22/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7585913	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000404	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ VINICIUS FERREIRA 14/02/2007	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/20		L Luiz
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/05/20		L Luiz
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/05/20		L Luiz
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/05/20		L Luiz
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/05/20		L Luiz
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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
/ /	29/05/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implante CRO-PR 20813	29/05/20 L Luiz	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-[illegible] CRO/PR 1206 - CNES 680[illegible]

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

2-Nº 318022

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	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7599402	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300003603	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONARDO RAFAEL MASSUTTI 23/09/1996	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169110	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

(I) 82001286-18 (I) 82001286-48 (I) 81000421-
(I) 82001286-28 (I) 81000421- (I) 81000421-
(I) 82001286-38 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
7	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
8	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Leonardo
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1500,00	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
/ /	29/05/20 Tales Elsevier	29/05/20 Leonardo	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316130
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	22/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7586005	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297193000036 03	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONARDO RAFAEL MASSUTTI 23/09/1996	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	85102001	96 RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Leonardo
2-	00	85102001	96 RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
3-	00	85102001	96 RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
4-	00	85102001	96 RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
5-	00	85102002	00 RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	25/05/20		Leonardo
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	332,00	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
/ /	22/05/20 Dra Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	22/05/20 Leonardo Rafael	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316095

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	22/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7585825	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527227600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NICOLY NEVES DA SILVA 31/05/1997	(45) 8831-0540	NICOLY NEVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/20		x nicoly
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/05/20		x nicoly
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/05/20		x nicoly
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		x nicoly
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		x nicoly
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 er 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
/ /	22/05/20 Tales Scherer	22/05/20 x Nicoly Neves da Silva	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Tabela

Concluída

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315721

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	22/05/20	AUTORIZADO	7583449	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297193000036 02	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIO ANTONIO MASSUTTI 05/07/1964	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DV	1	88,00	0,00		S	28/05/20		Elio
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
3	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	28/05/20		Elio
4	00	85102181	RESTAURAÇÃO RESINA	27	ODV	1	122,00	0,00		S	28/05/20		Elio
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
8	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
9	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	41	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
10	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
11	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	22/05/20		Elio
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	786,00	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 er 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
/ /	21/05/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	28/05/20 Elio Massutti	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313390
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	14/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7564341	12/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529056300000018 03	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIAS MIGUEL 15/07/1958	( ) 9909-3431	LEONARDO MIGUEL

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	22/05/20		ELIAS
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	22/05/20		ELIAS
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	22/05/20		ELIAS
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	22/05/20		ELIAS
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	22/05/20		ELIAS.
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 er 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
/ /	22/05/20 Tales Scherer	22/05/20 x Elias Miguel	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluído

2-Nº 315327

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	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7576549	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300003602	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIO ANTONIO MASSUTTI 05/07/1964	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	21/05/20		Elio
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	21/05/20		Elio
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	21/05/20		Elio
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	21/05/20		Elio
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	21/05/20		Elio
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 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
/ /	21/05/20 Tales Scherer	21/05/20 Elio Massutti	/ /

Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

concluída

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312756

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7559465	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529918900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMMANUELLE ZARTH MARTINS 24/09/1984	( ) -	EMMANUELLE ZARTH MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		x
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/05/20		x
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/05/20		x
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		x
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		x
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 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
/ /	21/05/20 Dr. Tales Scherer	21/05/20 x	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1006 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

concluído

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312759

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7559466	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529918900000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEVERTON PERCIVALDO PETRIS 19/04/1988	( ) -	EMMANUELLE ZARTH MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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		00810006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	21/05/20		
2		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00		0,00	S	21/05/20		
3		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00		0,00	S	21/05/20		
4		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00		0,00	S	21/05/20		
5		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00		0,00	S	21/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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
/ /	21/05/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	21/05/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Thales CONCLUÍDA

2-Nº 314222 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/05/20	18/05/20	AUTORIZADO	7569722	16/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000040 1	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ ANTONIO FERREIRA 18/08/1977	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/05/20		Thales
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Thales
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Thales
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Thales
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/05/20		Thales
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 et 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
/ /	22/05/20 Thales Scherer	22/05/20 Luiz Ferreira	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1203 - CNES 6908999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluído

2-Nº 315329

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	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7576563	18/08/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300003603	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONARDO RAFAEL MASSUTTI 23/09/1996	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Leonardo
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 er 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
/ /	21/05/20 Scherer	21/05/20 Leonardo Massutti	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião-Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

concluída

2-Nº 315331

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	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7576572	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300003604	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA LUIZA MASSUTTI 04/07/2009	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		x Elen
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	21/05/20		x Elen
3	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	21/05/20		x Elen
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	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
/ /	21/05/20 Dr. Tales Scherer	21/05/20 x Elen Massutti	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313386
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	14/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7564312	12/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529056300000182	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VERA LUCIA DEBALDI 19/08/1970	( ) 9990-3431	LEONARDO MIGUEL

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/05/20		× Vera
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/05/20		× Vera
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/05/20		× Vera
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/05/20		× Vera
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/05/20		× Vera
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/05/20 Tales Scherer	12/05/20 × Vera	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

falta panoramica

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Xhalen

2-Nº 314223 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/05/20	18/05/20	AUTORIZADO	7569738	16/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000040 2	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITORIA APARECIDA FERREIRA 16/01/2002	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/05/20		Vitoria
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/05/20		Vitoria
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/05/20		Vitoria
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/05/20		Vitoria
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/05/20		Vitoria
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 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
/ /	12/05/20 Tales Scherer	12/05/20 Vitoria	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318354

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	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7601278	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800004601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARITANA OTTOBELLI 03/05/1982	( ) -	ARITANA OTTOBELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/05/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/05/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/05/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/05/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er 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
/ /	29/05/20	29/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318360
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	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7601304	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528381300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REGINA CELIA PEREIRA GOMES	16/06/1964	(45) 2105-8197	REGINA CELIA PEREIRA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564649480	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	29/05/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	29/05/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	29/05/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	29/05/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	29/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	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
/ /	29/05/20	29/05/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316527

ok.

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588754	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520648700385050	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA RAMOS LIED 23/09/2015	(45) 30291-9744	THIAGO BORGES LIED

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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 -	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OM	1	88,00	0,00		S	25/05/20		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/05/20 Jheniffer Martins.	25/05/20	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

pac. pai

Ok.

2-Nº 312775 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7559662	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529660400000010103	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DELMIR LORENO DA SILVA	17/01/1975	( ) -	MARLENE CARDOSO

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Delmir
2-	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Delmir
3-	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Delmir
4-	00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/05/20		Delmir
5-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/05/20		Delmir
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/05/20 Jheniffer Martins.	27/05/20 Delmir	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 299107

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/03/20	12/03/20	AUTORIZADO	7469770	08/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528868800000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAVI ROCHA	21/09/2003	( ) -	ELISABETE DE MOURA ROCHA

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	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
21345317972	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S			Davi
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			Davi
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			Davi
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			Davi
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			Davi
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

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

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

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

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Foz do Iguaçu, 25 de maio de 2020.

A Odontolife.

Não foi possível a conclusão desta guia no site da operadora. O Cirurgião Dentista Luiz Renato Scherer CRO-PR 2030 deixou o corpo clínico desta clínica. Esse tratamento foi realizado e concluído pelo Cirurgião Jheniffer Martins CRO-PR 29859.

Muito Obrigada.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

Hospital Ministro Costa Cavalcante
Rua Baleia, 52 - Vila A - Foz do Iguaçu - PR
(45) 3524-2870 / 99991-9393 / 3027-2871

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312772
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7559596	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529660400000104	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDUARDA CARDOSO DA SILVA 01/02/2004	( ) -	MARLENE CARDOSO

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	26/05/20 Jheniffer Martins	26/05/20	/ / CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK

2-Nº 316509

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588578	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800029201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO DOUGLAS SILVA DE FARIA 12/06/1998	( ) -	FERNANDO DOUGLAS SILVA DE FARIA

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/05/20	27/05/20	/ /

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK.

2-Nº 316260

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7586819	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530194300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA 30/10/1990	( ) -	JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/05/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	25/05/20	25/05/20	/ /

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312980

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7561265	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507517100026002	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANAINA LOPES 10/10/1987	( ) -	MACKSON JUNIOR MASSARO

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/05/20		Janaina LP
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/05/20		Janaina LP
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/05/20		Janaina LP
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		Janaina LP
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		Janaina LP
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 pagar 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 assine este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/05/20	/ /	/ /

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ok

2-Nº 316445
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588008	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530140900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KLEBER ROBERTO DE CARVALHO 27/06/1969	( ) -	KLEBER ROBERTO DE CARVALHO

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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			
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S			
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S			
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S			
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/05/20 Jheniffer Martins.	27/05/20	/ /

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316106

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	22/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7585877	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202515861000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAROLYNNE ZANG DA SILVA 18/03/1991	( ) 1342-1984	LIANE ZANG

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	S	26/05/20		Karolynne
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	200	92,00		S	26/05/20		Karolynne
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	200	92,00		S	26/05/20		Karolynne
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	200	92,00		S	26/05/20		Karolynne
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	200	92,00		S	26/05/20		Karolynne
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1140	3680	

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 er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e/ou 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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/05/20 Jheniffer Martins.	26/05/20 Karolynne Zang	/ / CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317328

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	27/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7599289	25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530241400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEANDRO RIBEIRO DA SILVA 05/06/1985	( ) 3028-8991	LEANDRO RIBEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/20		
2	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/05/20		
3	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/05/20		
4	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/05/20		
5	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/05/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740,00	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 efetuar o pagamento 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.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

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
/ /	29/05/20 Jhenifer Martins	29/05/20	/ /

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

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

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316351
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7587579	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529053000001801	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONARDO MIGUEL 15/05/1996	( ) -	LEONARDO MIGUEL

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353539861	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S			Leonardo
2	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			Leonardo
3	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			Leonardo
4	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			Leonardo
5	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			Leonardo
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	25/05/20 Jheniffer Martins	/ / Leonardo.	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312881

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7560369	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529660400000101	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE CARDOSO 03/04/1976	( ) -	MARLENE CARDOSO

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	26/05/20		marlene
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/20		marlene
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/20		marlene
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/20		marlene
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	26/05/20		marlene
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	26/05/20 Jheniffer Martins	26/05/20 marlene	/ /

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

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316259

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7586818	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530185000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REGIANE LOPES DOS SANTOS 26/04/1989	( ) -	REGIANE LOPES DOS SANTOS

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/05/20		Regiane
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/05/20		Regiane
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		Regiane
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/05/20		Regiane
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/05/20		Regiane
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6806

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	26/05/20 Jheniffer Martins	26/05/20 Regiane Lopes	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6806

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316488

OK.

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588336	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380058602	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAMYRES YASMIN DA SILVA IGLESIAS KRELIN 30/04/1993	( ) -	REGIS FRANCO KRELING

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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/05/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	25/05/20 Jhenifer Martins	25/05/20 Thamyres Yasmin	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

concluído

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309566

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	30/04/20	12/05/20	AUTORIZADO	7535981	29/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529361610000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDREIA COSTA DE OLIVEIRA 01/06/1981	( ) -	ANDREIA COSTA DE OLIVEIRA

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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200093-14
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00852000093	RETRATAMENTO	14		1	560,00	0,00	0,00	S	12/05/20		
2		00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	12/05/20		
3		00810004211	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00	0,00	S	12/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	608,00	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 er 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
. Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Anestesista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/05/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião-Dentista CRO-PR 27073	12/05/20	12/05/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião-Dentista
CRO-PR 27073

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 276264 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	23/01/20	28/01/20	AUTORIZADO	7344263	22/04/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800021801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA CARINA FERNANDES BARBOSA 15/12/1987	(45) 98211-1333	ANDRESSA CARINA FERNANDES BARBOSA

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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(IF) 85200158-27
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00	0,00	S	12/05/20		Andressa
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00	0,00	S	12/05/20		Andressa
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	547,00	0,00	

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

49-Observação
. Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com carnês associados

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/05/20	12/05/20	12/05/20 Andressa	12/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306822 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/04/20	17/04/20	AUTORIZADO	7515372	15/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252860470000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEVERSON FRANCH 17/04/1991	( ) -	CLEVERSON FRANCH

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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-25 (I) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	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	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00		S			
2	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S			
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S			
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	381,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a proposta de 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

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

Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073

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
/ /	/ /	/ / Cleverson Franch	/ /

Concluída

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312412

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7556833	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529447600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CRISTINA DA COSTA 11/12/1962	( ) -	ELAINE CRISTINA DA 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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200115-22
(I) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200115	RETRATAMENTO	22		1	385,00	0,00		S	25/05/20		Elaine
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	25/05/20		Elaine
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	399,00	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 er 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 contratado, 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 do Profissional
25/05/20	25/05/20	25/05/20 Elaine	25/05/20

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312479

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7557156	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529474760000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CRISTINA DA COSTA 11/12/1962	( ) -	ELAINE CRISTINA DA 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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24
(I) 81000421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00852001400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	27/05/20		
2		00810042100	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	27/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	347,00	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

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/05/20	27/05/20	27/05/20	27/05/20

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312472

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7557133	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529447600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CRISTINA DA COSTA	11/12/1962	( ) -	ELAINE CRISTINA DA 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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(IF) 85200166-23
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00852006166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	23		1	2580,00	0,00		S	25/05/20		
2		00810042101	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	25/05/20		
3											25/05/20		
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2720,00	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 er 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

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/05/20	25/05/20	25/05/20	25/05/20

Candido

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 289106

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/02/20	18/02/20	AUTORIZADO	7414756	17/05/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529105400000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MOACIR JOSE PAZ 30/12/1961	( ) -	MOACIR JOSE PAZ

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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	27/05/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00	0,00	S	27/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	48,00	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 cujo nome assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/05/20	27/05/20	27/05/20	27/05/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 302306

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/03/20	17/03/20	AUTORIZADO	7486328	14/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520648700038501	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO BORGES LIED 14/03/1981	(45) 3029-9744	THIAGO BORGES LIED

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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-14 (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	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	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	17/03/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	17/03/20		
3	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/03/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	381,00	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

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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
17/03/20	17/03/20	17/03/20	17/03/20

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

OdontoLife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

Cancelado

2 - Nº Guia no Prestador: 314747

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	314747

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
305968	305968	AUTORIZADO	00202528270800022501 - VILMA FERREIRA DO NASCIMENTO

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
21 - Dente/Região
22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descriçao do Procedimento
27 - Código da Glosa
28 - Valor Recursado
29 - Justificativa do Prestador
30 - Valor Acatado
31 - Justificativa da Operadora

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30
1-	13/04/2020	25		01	94	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	3040	19980	0000
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

Dissociado como? não entendi? Vcs não conseguem visualizar o rx final??

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
19980	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
13/04/2020	Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073	25/03/2020	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
Inteligências para você sorrir

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 314753

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuido pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	314753

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738960001501	27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote	9 - Número do Protocolo	10 - Código da Glosa do Protocolo	11 - Justificativa	12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuido pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
307634	307634	AUTORIZADO	00202529447600000101 - ELAINE CRISTINA DA COSTA

17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
21 - Dente/Região
22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descriçao do Procedimento
27 - Código da Glosa
28 - Valor Recursado
29 - Justificativa do Prestador
30 - Valor Acatado
31 - Justificativa da Operadora

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30
1-	22/04/2020	15		01	94	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	3040	19980	0000
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

Não entendi a justificativa... o rax final é incluido na guia como foi instruido, vcs não conseguem visualizar???

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
19980	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
23/04/2020	Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO/PR 27073		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

13/03 as 15:00 Horas

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

298590
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	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7467174	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800037301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARLA TUANY LOPES FERREIRA 03/06/1993	( ) -	KARLA TUANY LOPES FERREIRA

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	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	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	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OLM	1	122,00	0,00		S	29/05/20		
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	28	V	1	61,00	0,00		S	29/05/20		
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	18	VD	1	88,00	0,00		S	29/05/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	271,00	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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	29/05/20 Jheniffer Martins	29/05/20 Karla Tuany Lopes Ferreira	29/05/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já tem ficha.

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316701
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	26/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7590218	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529088000000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE MESSALA SAMPAIO DE ANGELI 24/10/1983	( ) -	ALEXANDRE MESSALA SAMPAIO DE ANGELI

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S29	05/20		Alexandre
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/05/20 Tales Scherer	/ / Alexandre Angeli	/ / Curitiba

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312983

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	14/05/20	AUTORIZADO	7561300	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800011001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIESI PASQUALETTO 01/02/1984	( ) -	JULIESI PASQUALETTO

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/05/20		x Julieri
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	29/05/20		x Julieri
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	29/05/20		x Julieri
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	29/05/20		x Julieri
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	29/05/20		x Julieri
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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 a 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
/ /	29/05/20 Tales Scherer	29/05/20 x Julieri	/ / CNPJ:

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUÍDA

2-Nº 315435

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7581292	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529671300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANDA OLIVEIRA DE SOUZA RIGOTTO 22/10/1992	( ) -	AMANDA OLIVEIRA DE SOUZA RIGOTTO

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200
(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	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	21/05/20		Amanda
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	21/05/20		Amanda
3	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	19/05/20		Amanda
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	19/05/20		Amanda
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	19/05/20		Amanda
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	19/05/20		Amanda
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	447,00	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
/ /	21/05/20 Tales Scherer	19/05/20	CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 20813 - CNES 6908999

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316538

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	28/05/20	AUTORIZADO	7588857	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205511783800062301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIANE INES RUIZ GALDONA 16/11/1994	( ) -	MARIANE INES RUIZ GALDONA

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/05/20		gmarine
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er 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
/ /	29/05/20	29/05/20 x mariane Ines R. Galdona	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 12061 - CNES 6808999

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

Eva pac. Estevam Tales

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315592

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7582344	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000192001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZA GABRIELA SCHIZZI PEZZINI 08/01/1992	( ) -	LUIZA GABRIELA SCHIZZI PEZZINI

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/05/20		Luiza
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Luiza
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Luiza
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Luiza
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/05/20		Luiza
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Luiza Gabriela S Pezzini

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
/ /	21/05/20 Tales Scherer	21/05/20	

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316128
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	28/05/20	AUTORIZADO	7585980	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000040 2	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITORIA APARECIDA FERREIRA 16/01/2002	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Codigo do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	01/06/20		Vitoria
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	01/06/20		Vitoria
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 do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	161,00	0,00	

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

49-Observação
. Favor anexar RX Inicial e Final para produção.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Tales Scherer	01/06/20 Vitoria A. Ferreira	/ /

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