OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

837564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 13/01/22
4-Data de Autorização: 13/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9460840
7-Data Validade da Senha: 13/04/22

Dados do Beneficiário:
8-Número da Carteira: 0025419210790100141011
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PAULO SERGIO DA SILVA
12/03/1974
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: PAULO SERGIO DA SILVA

Dados do Contratado Executante (Prestador de Serviços Terceirizados):
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código no Operadora / CNPJ: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
2	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
3	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
4	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	12	I	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 2440,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 14/03/2022
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 14/03/2022
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 14/03/2022
53-Data local e Carimbo da Empresa: 14/03/2022

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

837576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 13/01/22
4-Data de Autorização: 13/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9460863
7-Data Validade da Senha: 13/04/22

Dados do Beneficiário:
8-Número da Carteira: 0025419210790100141011
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PAULO SERGIO DA SILVA
12/03/1974
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: PAULO SERGIO DA SILVA

Dados do Contratado Executante (Prestador de Serviços Terceirizados):
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código no Operadora / CNPJ: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados:

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
2	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
3	0185101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	0,00	S	14/03/2022		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 1830,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 14/03/2022
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 14/03/2022
52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 14/03/2022
53-Data local e Carimbo da Empresa: 14/03/2022

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

837583
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data da Emissão da Guia: 13/01/2026
4-Data da Autorização: 13/01/2026
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9462669
7-Data Validade da Senha: 13/04/2026

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 0020250470190000140001
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PAULO SERGIO DA SILVA
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: PAULO SERGIO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07359648949041
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Dados do Tratamento e/ou Serviços 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	0202595190000140	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	18,00	0,00	0,00		13/01/2026		
2	0202595190000140	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	18,00	0,00	0,00		13/01/2026		
3	0202595190000140	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	18,00	0,00	0,00		13/01/2026		

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 18,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 13/01/2026
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/2026
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável:
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/2026

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

837936
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data da Emissão da Guia: 13/01/2026
4-Data da Autorização: 13/01/2026
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9462024
7-Data Validade da Senha: 13/04/2026

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 0020250470790000140001
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07359648949041
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Dados do Tratamento e/ou Serviços 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	0000106500	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00		13/01/2026		KEITY MICHEL

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

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 13/01/2026
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/2026
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: KEITY MICHEL
53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/2026

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

837940
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 13/01/22
4-Data de Autorização: 13/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9462064
7-Data Validade da Senha: 13/04/22

Dados do Beneficiário:
8-Número da Carteira: 0020205444220798000000401
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA 10/02/1989
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Rol de Procedimentos / Procedimentos Odontológicos:

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00184000119801	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	000	000	S	13/01/22		
2	00184000119801	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	000	000	S	13/01/22		
3	00184000119801	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	000	000	S	13/01/22		
4	00184000119801	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	000	000	S	13/01/22		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 140000
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao 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: 13/01/22
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/22 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/01/22 KEITY MICHEL
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 13/01/22 Tayane Catalan

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

838897
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 13/01/22
4-Data de Autorização: 14/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9465142
7-Data Validade da Senha: 13/04/22

Dados do Beneficiário:
8-Número da Carteira: 0020205444220798000000401
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA 10/02/1989
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento:
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Rol de Procedimentos / Procedimentos Odontológicos:

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00185100196801	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610	000	000	S	13/01/22		
2	00185100196801	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	610	000	000	S	13/01/22		
3	00185100196801	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	610	000	000	S	13/01/22		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 1830
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 13/01/22 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 13/01/22 KEITY MICHEL
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 13/01/22 Tayane Catalan

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

838902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data do Emissão do Guia: 13/01/22
4-Data de Autorização: 14/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número de Guia Principal: 9465145
7-Data Validade da Senha: 13/04/22

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 0020254442079000000401
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA
14-Telefone: ( )
15-Nome de Mãe do plano: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA

Dados do Contratado Requisitante/Local Atendimento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNP / CPF: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
ID 85159218
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Dados de Execução - Dados do Procedimento e Outras Despesas

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-GM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1 - 00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O		61,00	0,00			18/03/22		KEITY MICHEL
2 - 00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O		61,00	0,00			18/03/22		KEITY MICHEL
3 - 00	85101021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODM		122,00	0,00			18/03/22		KEITY MICHEL
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Guias/Sessões US: 24,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/03/22 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/03/22 KEITY MICHEL
53-Data, local e Assinatura do Executante: 18/03/22 Tayane Catalan

PHILIPS

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

838903
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data do Emissão do Guia: 13/01/22
4-Data de Autorização: 14/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número de Guia Principal: 9465159
7-Data Validade da Senha: 13/04/22

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 0020254442079000000401
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA
14-Telefone: ( )
15-Nome de Mãe do plano: KEITY MICHEL TEODORO DE SOUZA

Dados do Contratado Requisitante/Local Atendimento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNP / CPF: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Dados de Execução - Dados do Procedimento e Outras Despesas

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-GM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1 - 00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O		61,00	0,00			18/03/22		KEITY MICHEL
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Guias/Sessões US: 6,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/03/22 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/03/22 KEITY MICHEL
53-Data, local e Assinatura do Executante: 18/03/22 Tayane Catalan

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 VIA

841933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data da Emissão da Guia: 17/01/22
3-Data da Autorização: 17/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9474519
7-Data Validade da Senha: 17/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253860000030 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED DE PARANAVAI
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ELAINE CRISTINA GARCIA MARTINS
06/01/1976
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: ELAINE CRISTINA GARCIA MARTINS

Dados do Contratado Responsável pela Execução

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Dados do Tratamento / Procedimento Solicitado

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 de Glosa	42-Assinatura
1 -	00186105	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340		0,00	S	18/01/2022		
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito 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: 18/01/2022 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/01/2022
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 18/01/2022 Tayane Catalan

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 VIA

841937
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data da Emissão da Guia: 17/01/22
3-Data da Autorização: 17/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9474524
7-Data Validade da Senha: 17/04/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253860000030 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED DE PARANAVAI
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ELAINE CRISTINA GARCIA MARTINS
06/01/1976
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: ELAINE CRISTINA GARCIA MARTINS

Dados do Contratado Responsável pela Execução

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07359648904
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Dados do Tratamento / Procedimento Solicitado

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 de Glosa	42-Assinatura
1 -	00984010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	18/01/2022		
2 -	00984010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	18/01/2022		
3 -	00984010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	18/01/2022		
4 -	00984010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	18/01/2022		
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												

43-Data Previsão Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 1400
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante:
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/01/2022 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/01/2022
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 18/01/2022 Tayane Catalan

OdontoLife
Tranquilidade para você e seu

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-VIA

856813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 28/01/22
4-Data de Autorização: 31/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
8-Número da Guia Principal: 9521047
7-Data Validade da Senha: 28/04/22

Dados do Beneficiário:
6-Número da Carteira: 0020254442079090014202
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PAULA TAIANE DA CUNHA SILVA
31/08/2004
14-Telefone: ( ) -
15-Nome de Mãe de plano: PAULO SERGIO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pela Requisição:
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07359648909
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
026 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Data de Execução / 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 de Glosa	42-Assinatura
1	0802510196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	80,00	0,00		S	31/01/22		Paulo
2	0802510196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	60,00	0,00		S	31/01/22		Paulo
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 1490,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 31/01/2022 Tayane Catalan
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 31/01/2022 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 31/01/2022 Paula
53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Paulo

OdontoLife
Tranquilidade para você e seu

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-VIA

856828
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
2-Data de Emissão da Guia: 28/01/22
4-Data de Autorização: 28/01/22
5-Senha: AUTORIZADO
8-Número da Guia Principal: 9521098
7-Data Validade da Senha: 28/04/22

Dados do Beneficiário:
6-Número da Carteira: 0020254442079090014202
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: FIPAL DISTRIBUIDORA DE
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: PAULA TAIANE DA CUNHA SILVA
31/08/2004
14-Telefone: ( ) -
15-Nome de Mãe de plano: PAULO SERGIO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pela Requisição:
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
18-Número no CRO: 23303
19-UF: PR
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07359648909
22-Nome do Contratado Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
23-Número no CRO: 23303
24-UF: PR
25-Código CNES:
026 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante: TAYANE FELIPPE JORGE CATALAN
27-Número no CRO: 23303
28-UF: PR
29-Código CBO S:

Data de Execução / 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 de Glosa	42-Assinatura
1	0802510196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	60,00	0,00		S	31/01/22		Paulo
2	0802510196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	60,00	0,00		S	31/01/22		Paulo
3	0802510200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	80,00	0,00		S	31/01/22		Paulo
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 210,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 31/01/2022 Tayane Catalan
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 31/01/2022 Tayane Catalan
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 31/01/2022 Paula
53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Paulo