

Periblanda

428297
INTERCÂMBIO

JOAO MARIA DOS SANTOS

Faturar Empresa

7-Valor Total R\$	
0,00	
48-Total Franquia / Co-participação R\$	
0,00	

20 Spectative Sch

Chimica

SCHERER LTDA
CNPJ: 07.739.805-11

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

conclusão

24P



409292
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/01/2012	4-Data de Autorização 10/05/11/2012	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Carteira 10020220	7-Data Validação da Santa 12/01/01/2011
8-Data de Realização 10/02/02/5326438000010101			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
13-Nome LUCIANA DIAS RODRIGUES GONCALVES			10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA		
14-Telefone 0204/1994			11-Data Validação da Carteira 11/01/01/01		
15-Endereço a RN TALES DELLINGHAUSEN SCHERER			12-Data Validação do Plano LUCIANA DIAS RODRIGUES GONCALVES		
16-Endereço do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER			17-Endereço do Contratado Encarregado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		
18-Número no CRO 20813			19-Código CRO S 025 -		
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 106348166910			21-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 85100200		
22-Endereço do Profissional Encarregado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER			23-Código CRO S (I) 85100200 (II) 85100200 (III) 85100200		

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CAR	36-Quantidade US	37-Volter	38-Franchisa-Contribuição R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	00	8 5 1 0 0 1 9 6	17	O	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
2	00	8 5 1 0 0 1 9 6	15	O	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
3	00	8 5 1 0 0 2 1 8	12	VDP	1	1 2 2 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
4	00	8 5 1 0 0 2 0 0	11	MP	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
5	00	8 5 1 0 0 2 0 0	21	MP	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
6	00	8 5 1 0 0 1 9 6	23	V	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
7	00	8 5 1 0 0 1 9 6	24	V	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
8	00	8 5 1 0 0 2 0 0	25	OD	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
9	00	8 5 1 0 0 1 9 6	26	O	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
10	00	8 5 1 0 0 1 9 6	27	O	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
11	00	8 5 1 0 0 2 0 0	35	VD	1	8 8 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
12	00	8 5 1 0 0 1 9 6	34	V	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
13	00	8 5 1 0 0 1 9 6	43	V	1	6 1 0 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
14	00	8 5 1 0 0 2 1 8	44	ODV	1	1 2 2 0 0	0 0 0 0	11	1	1	1	1
15												

43-Data Final do Tratamento 11/01/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Ortopedia Maxilofacial	45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial	46-Totál Quilosecal US 1 0 8 4 0 0	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Totál Franchisa / Contribuição R\$ 10,00
---	---	---	---------------------------------------	-----------------------------	--

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
Imagens analisadas

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

11/01/11

Dr. Tales Scherer
CRO-PR 20813

51-Data, local e Assinatura do Responsável
11/01/11

52-Data, local e Cartão da Empresa
SCHERER LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

conclusão

248



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/5/11 11/2/0 4-Série AUTORIZADO 5-Sistema 6-Número da Guia Principal 8090716 7-Dia Validade da Série 12/3/10 2/11/2/1 4227914 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/3/0/7/6/2/4/0/0/0/0/1/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome SIDINEI JOSE DOS SANTOS 14-Telefone 01/05/1978 15-Nome do titular do plano SIDINEI JOSE DOS SANTOS

16-Atribuição a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CBO 20813 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código da Operadora (CNPJ) CPF 06/3/4/8/1/6/9/1/1/0 22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CBO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CBO 20813 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-QD	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Dia de Realização	41-Moeda da Cota	42-Assinatura	
1	0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			3 4	10 0			0 3	1 3	1 2 0	S. Delin
2	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6	10 0		S	08	1 2	1 2 0	S. Delin
3	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6	10 0		S	03	1 2	1 2 0	S. Delin
4	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6	10 0		S	03	1 2	1 2 0	S. Delin
5	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6	10 0		S	03	1 2	1 2 0	S. Delin
6	0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	3 6	10 0		S	03	1 2	1 2 0	S. Delin
7	0 0												
8	0 0												
9	0 0												
10	0 0												
11	0 0												
12	0 0												
13	0 0												
14	0 0												
15	0 0												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantitativo US 1 7 8 10 0 47-Valor Total R\$ 10 10 0 48-Totál Franquia/Co-participação R\$ 10 10 0 49-Observação

50-Dia Local e Assinatura do Conselho Dentista Solicitante 51-Dia Local e Assinatura do Conselho Dentista 52-Dia Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia Local e Assinatura da Empresa

Dr. TALE DELINGHAUSEN SCHERER
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

Sidinei Santos

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES: 6208999



Registro ANS 406414
 Data de Emissão da Guia 10/05/1983
 Data de Autorização 10/05/1983
 Autorizado 8134244
 Faturamento da Guia Principal 8134244
 Total Valor da Guia 438253
 Intercâmbio

8-Atividade da Clínica 01020202534113910000001102
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Telefone ()
 11-Endereço da Clínica JOAO BATISTA DE LUCENA SOUSA
 12-Endereço do Consultório JOAO BATISTA DE LUCENA SOUSA

13-Atividade OLEANDRA SARA CARDOSO
 14-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 15-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 16-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 17-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 18-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 19-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 20-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 21-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 22-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 23-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 24-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 25-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 26-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 27-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 28-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 29-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 30-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 31-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 32-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 33-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 34-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 35-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 36-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 37-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 38-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 39-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 40-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 41-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER
 42-Atividade TALEs DELLINGHAUSEN SCHERER

30-Atividade	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Freq	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	18	O	1	6 1 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	16	D	1	6 1 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	12	MP	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	11	MP	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	21	MP	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	22	DP	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	24	OD	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	26	MD	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	27	MOV	1	1 2 2 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	28	EXODONTIA SIMPLES DE	1	7 3 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	35	ODL	1	1 2 2 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
12-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	45	OD	1	8 8 0 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1							
14-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1							
15-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1							

43-Data 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\$

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Dados, local e Assinatura da Empresa



1-Rogério JANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autuação	5-Serial	6-Alterno de Guia Principal	7-Data Vencido da Bateria	438260
406414	11/01/2012	11/01/2012	AUTORIZADO	8134251	11/03/2011	INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						

6-Número da Carteira	000202534139100000101
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Carta Validada da Carteira	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

14- Telefone	08/05/1970	15- Nome do titular do plano	JOAO BATISTA DE LUCENA SOUSA
() - ()			JOAO BATISTA DE LUCENA SOUSA

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Atendimento no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - E-000000
--------------------------	--	--------------------------------	-------------	-----------------	-------------------

21-Código na Opennet / CNPJ / CPF	06148166910
22-Nome do Contratado Exocutante	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER
23-Número no CHO	20813
24-UF	PR
25-Cód.ºp. CNES	
Faturar Empresa	
Enviar - RX	
(1) 85100200	

25-Nome do Profissional Enunciante	27-Número no CBO	28-U/F	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	(1) 65100200 (1) 65100200

Plano de Trabalho / Procedimentos Solicitados

30	Título
31	Código do Procedimento
32	Descrição
33	Demonstrativo
34	Face
35	Out
36	Quantidade US
37	Valor
38	Franquia/Co-participação R\$
39	Anl
40	Data de Realização
41	Motivo da Causa
42	Mais

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

5	0	0	8	2	0	0	0	8	5	9	
EXONUMIA DE PAIZ											
						23					
						1					
						7	3	0	0		
							0	0	0		
							0	0	0		
						S	U	I	N	C	
						7	U	I	N	C	
						1					
						X					

[illegible][illegible][illegible][illegible]

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

[illegible]

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

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

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

[illegible]

43-Dados Pessoais	Termino do Tratamento
44-Tipo de Atendimento	
45-Tipo de Faturamento	
46-Total Quotidianos US	
47-Valor Total \$5	
48-Total Franquia / Participação	

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e aceitar em quaisquer circunstâncias, a qualquer tempo, a interrupção ou suspensão do tratamento, sem prejuízo de qualquer outro direito que possa vir a ser exercido. 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, o valor de R\$ _____ (_____) para a realização do tratamento.

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

49. Observations

51 Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista Solicitante

52 Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53 Data, local e Carimbo da Empresa

[illegible]

✓
CULTUREL SCHERER
CRO-PR 20813
Especialista

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ: 07.738.896/0001-50

6668030 - CNES 7206 -
Dr. Tales Scherer
Conteiza



409252
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/0/11 0/12/0 4-Data de Autorização 03/11/11 1/2/0 5-Sistema AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8014126 7-Data Validade da Servina 2/8/10 1/12/11

8-Número da Carteira 000202532745700000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ADRIANA PICCOLI DA FONSECA 14-Telefone 0512/1980 15-Nome do titular do plano EDSON ADRIANO POMBAL

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento

16-Abastecimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910 22-Nome do Contratante Escusante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 23-Número no CRO 20813 24-UF PR 25-Código CNES 0185100226 26-Nome do Profissional Escusante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 27-Número no CRO 20813 28-UF PR 29-Código CBO 5 0185100200 30-Data de Realização 41-Moeda da Guia 42-Assinatura

30-1-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clif	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Caixa de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMV/P	1	122,00	0,00			125,41	11/20	
2-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DP	1	88,00	0,00			110,51	11/20	
3-00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	88,00	0,00			110,51	11/20	
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00			114,01	11/21	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Abastecimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 359,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, 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(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

- Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Contratante/Donatário Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Contratante/Donatário 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Conclusão

24x



417266
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 1 2 1 1 1 2 0 0 3-Código de Autorização 1 3 1 1 1 2 0 0 4-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 8045786 7-Dia Válido da Guia 1 0 1 0 1 2 1 1 8-Data Válida da Guia 1 0 1 0 1 2 1 1

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Código VARSIDE da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome JORGE FERNANDO DE OLIVEIRA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JORGE FERNANDO DE OLIVEIRA

16-Atribuição a RV 17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER 18-Número no CRO 20813 19-UF PR 20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 851002200 (I) 82001286-23 (I) 851002200 (I) 82001286-38 (I) 82001286-18

30-Tipo de Tratamento	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cat	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Custo de Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	13	VD	1	8 8 1 0 0 0	10,00	10,00	1	16,00	1	16,00
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	37	OD	1	8 8 1 0 0 0	10,00	10,00	1	16,00	1	16,00
3-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	18		1	3 6 1 1 0 0	10,00	10,00	1	36,00	1	36,00
4-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	28		1	3 6 1 1 0 0	10,00	10,00	1	36,00	1	36,00
5-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	38		1	3 6 1 1 0 0	10,00	10,00	1	36,00	1	36,00
6-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
7-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
8-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
9-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
10-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
11-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
12-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
13-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
14-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	
15-0	0	8 2 0 0 1 2 8 6			1				1		1	

43-Data Fim do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Faturamento 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franchia / Co-participação R\$

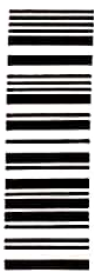
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

50-Dados e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 51-Dados e Assinatura do Grupo-Dentista 52-Dados e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados e Assinatura da Empresa

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantantes
CRO-PR 20813

CLINICA
CNPJ: 07.703.819
CRO/PR 1206

2-N^o[illegible]

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Ciente/Região	34- Freq	35- Dia	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Médico da Obss	42- Assinatura
1- 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA				3 4 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
2- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
3- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
4- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
5- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
6- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
7- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
8- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
9- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
10- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
11- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
12- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
13- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
14- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]
15- 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				3 6 0 0	0,00		S	14/01/11		[Assinatura]

43- Data Previsto Término do Tratamento: ____/____/____

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

45- Tipo de Faturamento: ☐ 1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US: ____ 1 7 8 0 0

47- Valor Total R\$: ____ 0 0 0

48- Total Franquia / Co-participação R\$: ____

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas 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) 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:

CONCLUSION

448959
INTERCÂMBIO

9-PLANOS
POS REDE PRESTADORA

06/03/14 PAGE

100

1111

34-F-000	35-Q1
----------	-------

UDM 1

11[[

11

30

[[

11

22

CC

1117

203

morphology

) com meu cons

4

Tapas

...rurgia D

CRO-PR 2

CONCLUSION



Digitalizado com CamScanner

448966
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
JULIESI PASQUALETTO

025 - Faturar Empresa

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

...e arcar com os custos previstos em

49-Observação

51-Dalia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/08/10 17:12
Dr. Fábio S. Schenone

Dr. João Dentista
Cirurgião Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CAID 1-07 738 896/0001-50

conclusion

448842
INTERCÂMBIO12. Warum ist Cariboo National ein Saurier

RAFAEL EDUARDO DA COSTA

025 -

100

1

2014-2015

10

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

—

—

—

一一一

11

78000Representing a community

51

contribuindo

448841
INTERCÂMBIO

Uda

10

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

2

12

211

11

1211

—

11

20

二

conclude A



construiu credibilidade, afirma que este processo tem sido mais eficaz para referendos no tratamento realizado, comprometendo-me a lutar com as custas conforme previsto em contrato



448843
INTERCÂMBIO

1. Número de Identificação	2. Data de Nascimento	3. Data de Emissão da Guia	4. Data de Validade da Guia
406414	10/7/10	10/7/10	10/7/10

5. Nome do Paciente	6. Nome do Responsável pelo Tratamento	7. Nome do Profissional	8. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

9. Data de Emissão da Guia	10. Data de Validade da Guia	11. Nome do Profissional	12. Nome do Estabelecimento
22/06/2010	22/06/2010	RAFAEL EDUARDO DA COSTA	RAFAEL EDUARDO DA COSTA

13. Nome do Paciente	14. Nome do Responsável pelo Tratamento	15. Nome do Profissional	16. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

17. Nome do Paciente	18. Nome do Responsável pelo Tratamento	19. Nome do Profissional	20. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

21. Nome do Paciente	22. Nome do Responsável pelo Tratamento	23. Nome do Profissional	24. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

25. Nome do Paciente	26. Nome do Responsável pelo Tratamento	27. Nome do Profissional	28. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

29. Nome do Paciente	30. Nome do Responsável pelo Tratamento	31. Nome do Profissional	32. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

33. Nome do Paciente	34. Nome do Responsável pelo Tratamento	35. Nome do Profissional	36. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

37. Nome do Paciente	38. Nome do Responsável pelo Tratamento	39. Nome do Profissional	40. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

41. Nome do Paciente	42. Nome do Responsável pelo Tratamento	43. Nome do Profissional	44. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

45. Nome do Paciente	46. Nome do Responsável pelo Tratamento	47. Nome do Profissional	48. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

49. Nome do Paciente	50. Nome do Responsável pelo Tratamento	51. Nome do Profissional	52. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

53. Nome do Paciente	54. Nome do Responsável pelo Tratamento	55. Nome do Profissional	56. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

57. Nome do Paciente	58. Nome do Responsável pelo Tratamento	59. Nome do Profissional	60. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

61. Nome do Paciente	62. Nome do Responsável pelo Tratamento	63. Nome do Profissional	64. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

65. Nome do Paciente	66. Nome do Responsável pelo Tratamento	67. Nome do Profissional	68. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI

69. Nome do Paciente	70. Nome do Responsável pelo Tratamento	71. Nome do Profissional	72. Nome do Estabelecimento
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI



1-Região ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 3-Data de Autuação 11/01/2012 4-Status AUTORIZADO 5-Exame AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8135973 7-Data Vencimento da Guia 11/01/2012 8-Intercâmbio 438662

9-Número da Carteira 10-020253415100000000102 11-Plano POS REDE PRESTADORA 12-Data Vencimento da Carteira 11/01/2012 13-Data Vencimento da Guia 11/01/2012

14-Plano POS REDE PRESTADORA 03/05/2004 15-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 16-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

17-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 18-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 19-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 20-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

21-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 22-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 23-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 24-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

25-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 26-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 27-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 28-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

29-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 30-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 31-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 32-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

33-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 34-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 35-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 36-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

37-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 38-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 39-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 40-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

41-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 42-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 43-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 44-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

45-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 46-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 47-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 48-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

49-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 50-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 51-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 52-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

53-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 54-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 55-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 56-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

57-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 58-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 59-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 60-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

61-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 62-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 63-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 64-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

65-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 66-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 67-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 68-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

69-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 70-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 71-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 72-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

73-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 74-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 75-Data Vencimento da Guia 03/05/2004 76-Data Vencimento da Guia 03/05/2004

CONCULIDA



1997

contrato. Deixado, ainda que o(s) procedimento(s), a(s) obra(s) e/ou serviço(s) tenham sido realizados, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Obervaginal

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

Dr. Ates Schaefer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes

CRO-PR 20813

CLINIC DONTOLÓGICA

SCHIEFER LTDA

CNPJ: 07.735.896/0001-50

CRO/PR 1105 - CHES 68089

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24R



448837
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/1011/21	4-Data de Autorização 10/7/1011/21	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8176486	7-Data Validade da Série 10/7/1014/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10101201215310212121010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LUCI NATAL PERETTI					
14-Teléfono 01/02/1967					
15-Nome do Bulvar do Plano LUCI NATAL PERETTI					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10161348116191101					
22-Nome do Contratado Responsável TALES DELLINGHAUSEN SCHERER					
23-Número no CRO 20813					
24-UF PR					
25-Código CNES Fatuar Empresa					
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER					
27-Número no CRO 20813					
28-UF PR					
29-Código CBO S					

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição	33-Dente/Região 34-Face 35-Cid 36-Quantidade US 37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Cita 42-Assinatura	43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Implante/Embraga	45-Tipo de Atendimento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ler e compreender o escopo do tratamento, os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a 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), conforme apresentado, com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente a cumprir as orientações do 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 Especialista em Implantes	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
CRO/PR 1208 - CNES 60303900

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUÍDA



247

406414	08/11/2019	8123092	08/11/2019	435916	INTERCAMBIO
13-Nome		14-Telefone		15-Nome do titular do plano	
CLAudemir Batista Monteiro		DENTAL UNI COOPERATIVA		CLAudemir Batista Monteiro	
16-Atendimento a RN		17-Nome do Profissional Encarregado		18-Número no CBO S	
N		TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF		22-Nome do Contratado Encarregado		23-Número no CRO	
063481669110		TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		20813	
24-Nome do Profissional Encarregado		25-Código CNES		26-UF	
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		PR		PR	
27-Número no CRO		28-UF		29-Código CBO S	
20813		PR		20813	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição	
1-0008100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dentista/Região	
2-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		34-Face	
3-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		35-Cid	
4-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		36-Quantidade US	
5-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		37-Valor	
6-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		38-Franquia/Co-participação R\$	
7-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		39-Alt	
8-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		40-Dia de Realização	
9-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		41-Motivo da Clossa 42-Assinatura	
10-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		43-Data Prevista Término do Tratamento	
11-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		44-Tipo de Atendimento	
12-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		45-Tipo de Faturamento	
13-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		46-Tipo de Faturamento	
14-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		47-Valor Total R\$	
15-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		48-Tipo de Faturamento	
16-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		49-Tipo de Faturamento	
17-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		50-Tipo de Faturamento	
18-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		51-Tipo de Faturamento	
19-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		52-Tipo de Faturamento	
20-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		53-Tipo de Faturamento	
21-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		54-Tipo de Faturamento	
22-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		55-Tipo de Faturamento	
23-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		56-Tipo de Faturamento	
24-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		57-Tipo de Faturamento	
25-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		58-Tipo de Faturamento	
26-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		59-Tipo de Faturamento	
27-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		60-Tipo de Faturamento	
28-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		61-Tipo de Faturamento	
29-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		62-Tipo de Faturamento	
30-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		63-Tipo de Faturamento	
31-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		64-Tipo de Faturamento	
32-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		65-Tipo de Faturamento	
33-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		66-Tipo de Faturamento	
34-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		67-Tipo de Faturamento	
35-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		68-Tipo de Faturamento	
36-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		69-Tipo de Faturamento	
37-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		70-Tipo de Faturamento	
38-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		71-Tipo de Faturamento	
39-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		72-Tipo de Faturamento	
40-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		73-Tipo de Faturamento	
41-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		74-Tipo de Faturamento	
42-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		75-Tipo de Faturamento	
43-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		76-Tipo de Faturamento	
44-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		77-Tipo de Faturamento	
45-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		78-Tipo de Faturamento	
46-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		79-Tipo de Faturamento	
47-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		80-Tipo de Faturamento	
48-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		81-Tipo de Faturamento	
49-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		82-Tipo de Faturamento	
50-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		83-Tipo de Faturamento	
51-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		84-Tipo de Faturamento	
52-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		85-Tipo de Faturamento	
53-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		86-Tipo de Faturamento	
54-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		87-Tipo de Faturamento	
55-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		88-Tipo de Faturamento	
56-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		89-Tipo de Faturamento	
57-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		90-Tipo de Faturamento	
58-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		91-Tipo de Faturamento	
59-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		92-Tipo de Faturamento	
60-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		93-Tipo de Faturamento	
61-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		94-Tipo de Faturamento	
62-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		95-Tipo de Faturamento	
63-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		96-Tipo de Faturamento	
64-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		97-Tipo de Faturamento	
65-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		98-Tipo de Faturamento	
66-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		99-Tipo de Faturamento	
67-0008100047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		100-Tipo de Faturamento	

Dr. Tales Scherer
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



1-Registro ANS 406614	3-Data de Emissão da Guia 11/01/12	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Sistema AUTORIZADO	6-Balancete da Guia Principal 8136410	7-Data Validade da Guia 10/03/21	438780 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--	-------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020253333640000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO CONTABILIDADE FOZ LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome

GABRIELLI BERNARDI FERNANDES DE CASTRO	27/05/2009	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAICON FERNANDES DE CASTRO
--	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Encarregado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CHES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Encarregado TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Índice 1-0081100065	32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA	33-Dente/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 34,00	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 5107,01	39-Aut 1	40-Data de Realização 21/01/21	41-Motivo da Ousa 42-Assinatura
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										

43-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-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 obrigações 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 03/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6809999



438779
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/12/201	3-Data de Autorização 18/12/201	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8136406	6-Data Validade da Guia 10/03/2011
Dados do Beneficiário					
7-Número da Carteira 00202533336400000101	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa UNIAO CONTABILIDADE FOZ LTDA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome MAICON FERNANDES DE CASTRO		13-Data de Nascimento 09/04/1981	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAICON FERNANDES DE CASTRO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		27-Número no CRO 20813	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
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
34,00	0,00			10/03/2011	
42-Assinatura					
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 / /					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/10/2011 Tales Scherer					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2011					
53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999					

Dr. Tale Scherer
Cirurgião
Especialista em
CRO-PR 2



1-Registro ABO 406414	2-Dados de Emissão da Guia 09/11/2012	3-Dados de Autorização 10/11/2012 AUTORIZADO	4-Código da Guia Principal 9131616	5-Data Validade da Guia 09/03/2013	6-Modalidade de Serviço INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	---------------------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202533673500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KERLY GIUSMIN BILIBIO		14-Telefone 16/12/1984	15-Nome do titular do plano KERLY GIUSMIN BILIBIO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910		22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		27-Número no CRO 20813		28-UF PR	29-Código CBO S	

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 Class	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	07/01/21		Kerly
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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/01/21 Tales Scherer	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/01/21 Kerly	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--

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



413161
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/11/2010	4-Data de Autorização 09/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8028560	7-Data Validade da Senha 04/02/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025330420000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAIR PEREIRA MEZZOMO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAIR PEREIRA MEZZOMO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	18-Número no CRO 20813	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06348166910	22-Nome do Contratado Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	23-Número no CRO 20813	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante TALES DELLINGHAUSEN SCHERER		27-Número no CRO 20813	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100218

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 Clossa	42-Atividade
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODP	1	122,00	0,00		S	07/01/21		
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODL	1	122,00	0,00		S	07/01/21		
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 244,00	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 . Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) / / Jair Pereira Mezzomo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	--	---

CONCLUSÃO



245

43633

IL MERCAMBIO

DOO

30/08/1994

WILEY

1998

—

[]

[[

—

1

11

—

1

11

15 JULY 2005

conforme acima.

1003

Schon

in implant