SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

PROFISSIONAL JÁ NÃO SE ENCONTRA CADASTRADO NO CORD CLÍNICO DE CLÍNICA. NÃO SENDO POSSIVEL A CONCLUSÃO DA GUIA 327272 DE RECURSO DE GLOSA. FAVOR CONSIDERAR GUIA CONCLUÍDA.

GRATO.

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Hospital Ministro Costa Cavalcanti
Rua Belém, 52 - Vila A - Foz do Iguaçu - PR
(45) 3524-2870 / 3576-8000 / 3027-2871

2 - Nº Guia no Prestador 327272

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3272722

12 -

ROCHA

19 -

Descrição do Procedimento | 27 - Código da Glosa

NSULTA ODONTOLOGICA INICIAL 1317

DFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO 1317

DFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO 1317

DFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO 1317

FILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO 1317

OGICA
DA.
0001-50
6808999

36 - Data de Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 327272

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recuros de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	327272

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738960001 50	2030/PR - LUIZ RENATO SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
29107	29107	AUTORIZADO	00202528868800000102 - DAVI ROCHA

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

Dados dos itens da Guia

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

	20	21	22	23	24	25	26	27
1-	10/03/2020			01	94	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	1317
	2040	Procedimento realizado no dia: 25/05/2020						
	0000							
2-	10/03/2020	012		01	94	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	1317
	2100	Procedimento realizado no dia: 25/05/2020						
	0000							
3-	10/03/2020	013		01	94	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	1317
	2100	Procedimento realizado no dia: 25/05/2020						
	0000							
4-	10/03/2020	014		01	94	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	1317
	2100	Procedimento realizado no dia: 25/05/2020						
	0000							
5-	10/03/2020	011		01	94	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO CORONÁRIO	1317
	2100	Procedimento realizado no dia: 25/05/2020						
	0000							
6-	/ /							

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 0608992

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
1040	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
12/03/2020			

Odontolife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326663
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
405414	18/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7645147	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800048301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO ANDRE GROSS BORBA 24/09/1983	( ) -	THIAGO ANDRE GROSS BORBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	30/06/20	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323715

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7630608	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300001001	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAHVI DUARTE BATISTA 03/02/1981	( ) -	RAHVI DUARTE BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564648948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DO	1	88,00	0,00		S	16/06/20		- Rahvi
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S	16/06/20		- Rahvi
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		- Rahvi
4	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	25	VOM	1	122,00	0,00		S	15/06/20		- Rahvi
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		- Rahvi
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VO	1	88,00	0,00		S	30/06/20		- Rahvi
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	30/06/20		- Rahvi
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88,00	0,00		S	30/06/20		- Rahvi
9	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	88,00	0,00		S	30/06/20		- Rahvi
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	745,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	30/06/20 - Rahvi Duarte	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317991

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414 | 3-Data de Emissão da Guia: 28/05/20 | 4-Data de Autorização: 29/05/20 | 5-Senha: AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal: 7599098 | 7-Data Validade da Senha: 26/08/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

(I) 85100218 (I) 85100226

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

(I) 85100218 (I) 85100200

(I) 85100218 (I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	122,00	0,00		S	15/06/20		Preuts
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00		S	15/06/20		Preuts
3	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	15/06/20		Preuts
4	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOMV	1	122,00	0,00		S	08/06/20		Preuts
5	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	06/06/20		Preuts
6	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	06/06/20		Preuts
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VO	1	88,00	0,00		S	29/06/20		Preuts
8	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122,00	0,00		S	29/06/20		Preuts
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: 8200 | 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 e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.758.896/0001-50
CRO/PR 4206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 29/06/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 29/06/2021 - Preuts | 53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328607

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/06/20	24/06/20	AUTORIZADO	7657523	21/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529150200000010102	POS REDE PRESTADORA	TIAGO FRANCO GLANERT	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDNA ELITA ARANHA 03/03/1985	( ) -	TIAGO FRANCO GLANERT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100064	FACETA DIRETA EM RESINA	21	V	1	172,00	0,00		S	29/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	172,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/06/20 Edna Elita Aranha	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808099

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327083
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7647159	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507394400035402	POS REDE PRESTADORA	SIND TRAB DA EDUC BASICA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISADORA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA 19/06/2010	( ) 3027-3092	CELSO AUGUSTO DE OLIVEIRA CRISTOFOLI DA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
2	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	15		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
3	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	14		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
4	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	24		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
5	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
6	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	34		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
7	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	35		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
8	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
9	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	44		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
10	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	45		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
11	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	29/06/20		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	539,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/06/20	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 05.564.644/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326456

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7643836	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507393944000354022	POS REDE PRESTADORA	SIND TRAB DA EDUC BASICA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISADORA RIBEIRO OLIVEIRA DA SILVA 19/06/2010	( ) 3027-3092	CELSO AUGUSTO DE OLIVEIRA CRISTOFOLI DA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	18/06/20		
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	730	0,00		S	18/06/20		
3	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	730	0,00		S	18/06/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	180,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	18/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320310
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612451	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000904	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO NOREDI TEIXEIRA 24/11/1967	( ) -	PAMELA TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	26/06/20		Paulo
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		Paulo
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		Paulo
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		Paulo
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		Paulo
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	26/06/20 Paulo	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1296 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

IX

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320309

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612450	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000903	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NEIVA ALVES TEIXEIRA 27/07/1957	( ) -	PAMELA TEIXEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81006005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/06/20		Neiva
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Neiva
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Neiva
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Neiva
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Neiva
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.739.896/0001-50
CRO/PR 1246 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20	26/06/20 Neiva	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329081

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/06/20	25/06/20	AUTORIZADO	7658122	22/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005503	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JONATHAN ARGEL BIRKHEUER 07/09/1988	( ) 99451-9236	DANIEL ELIAS DA SILVA CANTELE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	25/06/20 Ivaci Cantele	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808899

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Marcar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324009

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7631895	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530182300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAVY LUIS DE OLIVEIRA FREI 09/06/2006	( ) -	MARIA SALETE RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610	0,00		S	24/06/20		Ebulton
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	0,00		S	24/06/20		Ebulton
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	25/06/20		Ebulton
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	25/06/20 Ebulton	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 7295 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322137
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7622443	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528482000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO CARNEIRO DA SILVA 20/12/1991	( ) -	JOAO PAULO CARNEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glose	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	25/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	25/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	25/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	25/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	25/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	25/06/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 12nº - CNES 6808999

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Nº 325526
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7639605	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800050601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTINA ALVES DE SIQUEIRA 11/07/1984	( ) -	CRISTINA ALVES DE SIQUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/20		[illegible]
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/20		[illegible]
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		[illegible]
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		[illegible]
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/20		[illegible]
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /	25/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	25/06/20 [illegible]	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328073

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7651204	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000840 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SONIA NAKASIMA POLINI 26/07/1963	( ) -	SONIA NAKASIMA POLINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	610	0,00		S	25/06/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	610	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20	/ /	

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 205 - CNES 6308699

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

ASSINAR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326813

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7647358	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800050801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DOUGLAS DE ALEXANDRINO BAIL 27/01/1994	( ) -	DOUGLAS DE ALEXANDRINO BAIL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	25/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	25/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	25/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	25/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	25/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20	/ /	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325346

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7638645	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528840200000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEMILY VITORIA GRANETTO MATTOS 28/03/2002	( ) 99671-8441	ELISANGELA GRANETTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

(I) 82001286-28 (I) 81000421- (I) 81000421-

(I) 82001286-38 (I) 81000421-

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
5	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
7	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
8	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
9	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00		0,00	S	24/06/20		Hemily
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	24/06/20 Hemily	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808599

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321169

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7617121	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800026301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GISELE VALIATI LAVADO MENDES 03/02/1990	( ) -	GISELE VALIATI LAVADO MENDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	24/06/20		Gisele Valiati
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	24/06/20		Gisele Valiati
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	24/06/20		Gisele Valiati
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	24/06/20		Gisele Valiati
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	24/06/20		Gisele Valiati
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	24/06/20 Gisele Valiati	Maringá/PR CNPJ: 07.738.896/0001-50 CNES 6808699

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já é paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326496

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7644044	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529663100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REBECA BASSO BONALDO 06/06/2007	( ) -	FRANCIELE BASSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		Francelle
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/06/20		Francelle
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/06/20		Francelle
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/06/20		Francelle
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/06/20		Francelle
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20	24/06/20 Francelle	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6308999

Odontolife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

324324
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7633412	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005601	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUANA FRANCISCA VILLALBA VIEIRA 27/08/1983	( ) -	LUANA FRANCISCA VILLALBA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20	24/06/20 Luana Villalba	/ /

UNICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806000

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324297

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7633221	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530367700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALTER AMBROSIO FERREIRA 11/12/1981	( ) -	VALTER AMBROSIO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		-Valter
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		-Valter
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		-Valter
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		-Valter
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		-Valter
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	24/06/20 -Valter A. Ferreira	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319246

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7606285	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507517100026001	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MACKSON JUNIOR MASSARO 19/03/1987	( ) -	MACKSON JUNIOR MASSARO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Executante
/ /	23/06/20	23/06/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-30
CRO/PR 1206 - CNES 6805999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320244

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612049	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529497670000010103	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DIEGO HENRIQUE DE SOUZA 05/11/1990	( ) -	BARBARA BALENA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		Diego
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Diego
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Diego
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Diego
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Diego
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20 Dra Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	23/06/20 - Diego	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6800609

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320167

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7611576	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025259497000001 01	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BARBARA BALENA GOMES 17/05/1993	( ) -	BARBARA BALENA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Balena
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Balena
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Balena
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Balena
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Balena
6-										/ /			
7-										/ /			
8-										/ /			
9-										/ /			
10										/ /			
11										/ /			
12										/ /			
13										/ /			
14										/ /			
15										/ /			

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Benaficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR	23/06/20 Balena	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 12[illegible] - CNES 68[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320242

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612048	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529496700000104	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE PALHANO 23/03/1977	( ) -	BARBARA BALENA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00		S	23/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00		S	23/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00		S	23/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00		S	23/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00		S	23/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	23/06/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320163

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7611565	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529758100000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VEREDIANA BARBOSA RODRIGUES 28/01/1999	( ) -	RUBIA FERNANDA RAFAELA BARBOSA LEONARDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20	23/06/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808699

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320164
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7611566	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529758100000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIEL BARBOSA RODRIGUES 10/12/2003	( ) -	RUBIA FERNANDA RAFAELA BARBOSA LEONARDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Gabriel
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Gabriel
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Gabriel
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Gabriel
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20		Gabriel
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 03.778.896/0001-50
CNES 6808699

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /	23/06/20	23/06/20 Gabriel	CRO/PR 20852

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7611554	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529758100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RUBIA FERNANDA RAFAELA BARBOSA LEONARDI 24/05/1978	( ) -	RUBIA FERNANDA RAFAELA BARBOSA LEONARDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564649498	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	23/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808099

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 327363

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	3273633

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896001501	20852/PR - ESTEVAN SOARES SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
316703	316703	AUTORIZADO	00202529105400000101 - MOACIR JOSE PAZ

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

Dados dos Itens da Guia

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

1- 26/05/2020 | 25 | D,O,M | 01 | 94 | 85100226 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES | 3040
73220
0400
Concordo que restauração indireta seria melhor opção para este elemento, porém beneficiário não tem opções para realizar na cidade, neste caso, a restauração direta é a melhor solução que tivemos... Procedimento foi

2- 26/05/2020 | 15 | D,O,P | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
73220
0400
Elemento com cúspide vestibular e toda mesial integras, mas que o suficiente para suportar restauração direta. Procedimento foi autorizado previamente e já realizado, em acompanhamento.

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
146400	0400

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
26/05/2020			

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CNES 6808999

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 327297

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuido pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	3272977

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso de Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuido pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
306763	306763	AUTORIZADO	00202511430900011401 - RAISSA FREITAS CAVALCANTE

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

Dados dos Itens da Guia

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

1- 16/04/2020 | 46 | D,O,M | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
73,20
00,00
Elemento com 3 cuspides integras, suficiente para supotar restauração direta. Procedimento foi solicitado para autorização previa e autorizado, já realizado e em acompanhamento.

2- 16/04/2020 | 36 | D,O,M | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
73,20
00,00
Elemento com perda apenas de proximais, ainda com cuspides integras. Procedimento foi solicitado para autorização previa e autorizado, já realizado e em acompanhamento.

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
146,40	0,00

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. 07.738.896/0001-50 CNES 6818999

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
13/05/2020	CRO/PR 20852		

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

2-Nº 323647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7630146	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800008401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SONIA NAKASIMA POLINI 26/07/1963	( ) -	SONIA NAKASIMA POLINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/06/20		
2-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
3-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
4-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
5-	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CROPR 20852	22/06/20	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.726.896/0001-50 CRO/PR 3009 - CNES 6808009

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 310447

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7542703	03/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800038701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LETICIA DIAS 25/01/1995	( ) -	LETICIA DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	22/06/20		Leticia S.
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	22/06/20		Leticia S
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	22/06/20		Leticia S
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	22/06/20		Leticia S.
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	22/06/20		Leticia S
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	22/06/20 - Leticia S.	/ /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.956/0001-50
CRO/PR 1295 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324392

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7633741	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530344900000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SEONIR RECH RODRIGUES 23/03/1988	( ) -	SEONIR RECH RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20	22/06/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA DONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já paciente Estevan

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7611551	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800022101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAIS CAROLINE DIAS DA SILVA 01/12/1993	( ) -	THAIS CAROLINE DIAS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	18/06/20		Thais C
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	18/06/20		Thais C
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	18/06/20		Thais C
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	18/06/20		Thais C
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	18/06/20		Thais C
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/06/20	18/06/20 Thais C.	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ESTEVAN SCHERER LTDA.
CRO/PR 1206 - CNES 6508999
738.896/0001-50

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326439

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7643729	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528724900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA TATIANA BARBOSA FELDMAN 17/10/1987	( ) -	MICHEL AUGUSTO FELDMAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	19/06/20		Jessica
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	19/06/20		Jessica
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	19/06/20		Jessica
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	19/06/20		Jessica
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	19/06/20		Jessica
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Dr. Estevan R. Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	19/06/20 Jessica Feldman	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.596/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

pré parcente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326389

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7643486	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528724900000105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA ELOIZA BARBOSA 13/09/1954	( ) -	MICHEL AUGUSTO FELDMAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/06/20		MEBarbosa
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	18/06/20 MEBarbosa	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1284 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318357
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7601293	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800007101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEUZENI RODRIGUES DO NASCIMENTO 17/01/1974	( ) -	CLEUZENI RODRIGUES DO NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564544948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1266 - CNES 6508999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/06/20	19/06/20	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324653

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7635210	14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937500000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELI FERREIRA CLAUMANN 15/02/2007	( ) -	MERIELE RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84008198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00		S	19/06/20		meriele
2	00	84008198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00		S	19/06/20		meriele
3	00	84008198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00		S	19/06/20		meriele
4	00	84008198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00		S	19/06/20		meriele
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	19/06/20 meriele	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OdontoLife — tranquilidade para você sorrir

2-Nº 323539

INTERCÂMBIO

SCHERER & SCHERER ODONTOLOGIA

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7629686	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800028901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUSTAVO DELA JUSTINA DAHM 10/02/1999	( )	GUSTAVO DELA JUSTINA DAHM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	18/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	18/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	18/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	18/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	18/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20	18/06/20	/ /

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

Via Beneficiário - Via Cirurgião Dentista - Via Operadora

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316687 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	27/05/20	AUTORIZADO	7590076	24/08/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	18/06/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	18/06/20		
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	18/06/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	219,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	18/06/20	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325359

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7638748	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530235700000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARILSON AFONSO GUIMARAES 05/03/1982	( ) 99004-4116	ROSIMEIRE MARIA DA SILVA GUIMARAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/06/20	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.898/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808000

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

parecido

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324665

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7635268	14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800021401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE BERNARDI 17/12/1985	( ) -	ALINE BERNARDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/06/20		Aline B.
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/06/20		Aline B.
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		Aline B.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		Aline B.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/06/20		Aline B.
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	17/06/20 Aline B.	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808909

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Já tem ficha e tiramos 2-Nº

313709
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7566377	13/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529426200000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SAMUEL DUARTE GOMES 01/06/2011	( ) -	GILMARA DE SOUZA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/05/20		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	09/06/20		
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	09/06/20		
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	15/05/20		
5-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	DO	1	88,00	0,00		S	09/06/20		
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	61,00	0,00		S	09/06/20		
7-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OD	1	88,00	0,00		S	09/06/20		
8-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61,00	0,00		S	09/06/20		
9-	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	75	DOL	1	122,00	0,00		S	15/05/20		
10	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		S	09/06/20		
11	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	09/06/20		
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	813,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/05/20 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	15/05/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ 07.738.806/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Vem amanha 9:40

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311914

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7553151	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529652000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OM	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Alex
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DO	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Alex
3	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	12/05/20		Alex
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VMP	1	122,00	0,00		S	12/05/20		Alex
5	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Alex
6	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VDP	1	122,00	0,00		S	12/05/20		Alex
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MP	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Alex
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Alex
9	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Alex
10	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Alex
11	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Alex
12	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VO	1	88,00	0,00		S	12/05/20		Alex
13	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00		S	12/05/20		Alex
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1138,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/06/20 Alex Ricard	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já tem ficha

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318361

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7601307	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528368900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NASSER MOHAMED EGAL 12/07/1986	( ) -	NASSER MOHAMED EGAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/06/20 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	17/06/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.538.896/0001-50
CRO/PR 2305 CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315571 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	04/06/20	CONCLUÍDO	7582169	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020259150200000102	POS REDE PRESTADORA	TIAGO FRANCO GLANERT	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDNA ELITA ARANHA 03/03/1985	( ) -	TIAGO FRANCO GLANERT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
2	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
3	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
4	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PM	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
5	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
6	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DO	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
7	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	122,00	0,00		S	01/07/20		
8	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MO	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
9	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MOV	1	122,00	0,00		S	01/07/20		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	860,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/06/20 Edna Elita Aranha	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6806499

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311898

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7552991	09/08/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	28/05/20		Karolin
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	28/05/20		Karolin
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	28/05/20		Karolin
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	28/05/20		Karolin
5-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Karolin
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Karolin
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Karolin
8-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Karolin
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	554,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/06/20 Karolin R	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6698909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324280

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7633089	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202502886902528018	POS REDE PRESTADORA	FURUKAWA INDUSTRIAL S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIS FELIPE QUATRIN 13/12/1995	( ) -	LUIS FELIPE QUATRIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	16/06/20		Luis Felipe Quatrin
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/06/20 Luis Felipe Quatrin	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

324045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7632039	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937500000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELI FERREIRA CLAUMANN 15/02/2007	( ) -	MERIELE RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	16/06/20		Meriele
2-											/ /		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/06/20 Meriele	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CNES 6808999 CRO/PR 1206

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323511
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7629581	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800015201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANGELA ASSUNCAO DE MELLO MARTINS 14/12/1973	( ) -	ROSANGELA ASSUNCAO DE MELLO MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851020200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1	800	0,00		S	15/06/20		
2		00820009211	GENGIVECTOMIA	S3		1	144,00	0,00		S	15/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2320,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	15/06/20 Rosangela	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808[illegible]

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322554
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7625141	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800015201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANGELA ASSUNCAO DE MELLO MARTINS 14/12/1973	( ) -	ROSANGELA ASSUNCAO DE MELLO MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	12/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	12/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	12/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	12/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	12/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo (Nome, CRO)
/ /	12/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	12/06/20	/ /

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322181
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7622741	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080000140 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO LUIZ DORNELLES ZARTH 25/02/1981	( )	FERNANDO LUIZ DORNELLES ZARTH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340		0,00	S	15/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360		0,00	S	15/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360		0,00	S	15/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360		0,00	S	15/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360		0,00	S	/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	15/06/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

faculte era anil

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322548

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7624972	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800028401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CAROLINE MAES CARRASCO 16/06/1994	( ) -	ANA CAROLINE MAES CARRASCO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		Ana
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Ana
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Ana
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Ana
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Ana
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	/ / Ana C Maes	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322184
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	10/06/20	AUTORIZADO	7622753	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800010001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELA TEREZA FONSECA 31/07/1991	( ) -	DANIELA TEREZA FONSECA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	12/06/20		Daniela T.
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	12/06/20		Daniela T.
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	12/06/20		Daniela T.
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	12/06/20		Daniela T.
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	12/06/20		Daniela T.
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	/ / Daniela T.	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7560423	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080004660 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIEL NUNES DA SILVA 23/11/1995	( ) -	GABRIEL NUNES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	12/06/20		
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	12/06/20		
4	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	12/06/20		
5	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	12/06/20		
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	12/06/20		
7	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	12/06/20		
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	580,00	0,00	

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1200 - CNES 6000999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20	12/06/20	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

mãe pai

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7611056	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202500010003010202	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDUARDA CRISTINA P MATTJE 11/08/1998	(45) 3524-4580	ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
3-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
4-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
5-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
6-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
7-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
8-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
9-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	09/06/20		Eduarda M.
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	09/06/20	09/06/20 Eduarda Mattje	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

314256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7569930	16/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800014501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDA ALVES DE LIMA 04/11/1987	( ) -	FERNANDA ALVES DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODP	1	122,00	0,00		S	08/06/20		Fernanda
2	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/06/20		Fernanda
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	156,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	08/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	08/06/20 Fernanda Lima	/ / CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7607467	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529426200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILMARA DE SOUZA DUARTE 25/09/1977	( ) -	GILMARA DE SOUZA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	04/06/20		
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	88,00	0,00		S	04/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	04/06/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

já Tem Ficha

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319117

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7605566	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800024101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VICTORIA YUKI MORI UNE 18/09/1996	( ) -	VICTORIA YUKI MORI UNE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	04/06/20 Victoria Y.	/ / CNPJ: 05.738.896/0001-50 CRO/PR 1906 - CNES 6478999

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	03/06/20	AUTORIZADO	7597242	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000730 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FLAVIA BRAVO FIGUEIREDO DA SILVA 29/09/1986	( ) -	FLAVIA BRAVO FIGUEIREDO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/06/20		Flávia
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Flávia
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Flávia
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Flávia
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/06/20		Flávia
6										S	03/06/20		Flávia
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data Início Atendimento de Urgência/Pronto Socorro	51-Data Final e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	03/06/20 Flávia	03/06/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 CNES 6308999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

1x uma

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318889

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	01/06/20	AUTORIZADO	7604122	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025282708004361 01	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAUANE CRISTINA TORRES DA SILVA 02/08/2000	( ) -	KAUANE CRISTINA TORRES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315191 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7575570	18/08/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00	0,00	S	03/06/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00	0,00	S	03/06/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00	0,00	S	03/06/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00	0,00	S	02/06/20		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00	0,00	S	02/06/20		
6	00	85102266	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOML	1	122,00	0,00	0,00	S	02/06/20		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Termino do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	451,00	0,04	

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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20		/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.8[illegible]/0001-50
CRO/PR 12[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

já tem ficha estevan

2-Nº

313504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7565110	13/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529426200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILMARA DE SOUZA DUARTE 25/09/1977	( ) -	GILMARA DE SOUZA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glose	42-Assinatura
1-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOL	1	122,00	0,00		S	02/06/20		
2-	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00		S	02/06/20		
3-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	02/06/20		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	271,00	0,00	

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20	02/06/20	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Já tem ficha Estevan

2-Nº

313503
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7565101	13/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529426200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILMARA DE SOUZA DUARTE 25/09/1977	( ) -	GILMARA DE SOUZA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

317478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7597898	25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000190 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDISON CARNEIRO 24/11/1969	( ) -	EDISON CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CROPR 20852	01/06/20	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318027
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7599419	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530182300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA SALETE RIBEIRO 28/09/1968	( ) -	MARIA SALETE RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/06/20 Maria Salete	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6208999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318025
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7599414	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530182300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAVY LUIS DE OLIVEIRA FREI 09/06/2006	( ) -	MARIA SALETE RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	29/05/20		Yara mtz
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Yara mtz
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Yara mtz
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Yara mtz
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		Yara mtz
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/05/20 Yara mtz	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24-Nº 315608 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7582463	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252971930000101	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome: RAHVI DUARTE BATISTA — 03/02/1981

14-Telefone: ( )

15-Nome do titular do plano: RAHVI DUARTE BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

025 - Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	18	10100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	02/06/20		Rahvi
2	18	40100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	02/06/20		Rahvi
3	18	40100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	02/06/20		Rahvi
4	18	40100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	02/06/20		Rahvi
5	18	40100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	02/06/20		Rahvi
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/06/20 Rahvi Duarte	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318356

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7601291	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800067011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SUELI ALVES DA PAIXAO 27/10/1971	( ) -	SUELI ALVES DA PAIXAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	29/05/20		Sueli
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	29/05/20		Sueli
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	29/05/20		Sueli
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	29/05/20		Sueli
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	29/05/20		Sueli
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNES 6808599

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/05/20	29/05/20 Sueli Alves da Paixão	MIRO/PR 1/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328032

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7650962	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527270800008101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
FABIANA CABRAL GONCALVES 30/10/1985	( ) -	FABIANA CABRAL GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
97413961805	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	23/06/20	12	Fabiana
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	23/06/20	12	Fabiana
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	23/06/20	12	Fabiana
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	23/06/20	12	Fabiana
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	23/06/20	12	Fabiana
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforma 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) executado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 5808995

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23 / 6 / 20	/ / Fabiana Gonçalves	23 / 6 / 20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

322590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
4205414	09/06/20	26/06/20	AUTORIZADO	7625281	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527454500000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	
9741396805300	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR		Enviar - RX

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR		(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100225

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	1220	000		S	26/6/20		
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDP	1	1220	000		S	26/6/20		
3	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	610	000		S	29/6/20		
4	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VM	1	880	000		S	26/6/20		
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DV	1	880	000		S	26/6/20		
6	00	85101966	RESTAURAÇÃO RESINA	44	D	1	610	000		S	26/6/20		
7	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VDL	1	1220	000		S	29/6/20		
8	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DOML	1	1220	000		S	29/6/20		
9	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OML	1	1220	000		S	29/6/20		
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Urgência/Emergência 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	9080	000	

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

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

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/6/2020	29/6/20 M	29/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322145

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7622473	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205301853000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	22/06/20		
2	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMVP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
3	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOMV	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
5	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VMP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
6	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VDP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
7	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVMP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
8	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VDMP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
9	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MVP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
10	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	22/06/20		
11	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MPO	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
12	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VOP	1	122,00	0,00		S	22/06/20		
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	13960,00	0,00	

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/6/20	26/6/20	26/6/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

ja paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324101 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/2020	15/06/2020	AUTORIZADO	7632313	13/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380007340202	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NIVEA REGINA CASTRO ALMEIDA 13/08/1984	( )	JOAO DURVAL ARANTES JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	730	000		S	26/6/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	730	000	

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/6/20	26/6/20	26/6/20

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

322150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7622490	07/09/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9741396805300	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
(I) 85100226 (I) 85100218
(I) 85100218 (I) 85100226

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OVM	1	122,00	0,00		S	15/6/20		
2-	00	85102226	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOMV	1	122,00	0,00		S	15/6/20		
3-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	17/6/20		
4-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	42	DVL	1	122,00	0,00		S	17/6/20		
5-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00		S	17/6/20		
6-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VDL	1	122,00	0,00		S	17/6/20		
7-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	ODV	1	122,00	0,00		S	17/6/20		
8-	00	85102226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOMV	1	122,00	0,00		S	19/6/20		
9-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MVO	1	122,00	0,00		S	19/6/20		
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	976,00	0,00	

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/6/20	19/6/20	19/6/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-via

324821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7636067	14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000810 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANA CABRAL GONCALVES 30/10/1985	( ) -	FABIANA CABRAL GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	23/6/20		
2-											/ /		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontologia Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	0,00	

CD Tiago Soares Scherer
Especialista em Ortodontia
Odontologia Restauradora
CRO/PR 14329

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

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 12706 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/6/20	23/6/20	23/6/20

OK

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

325508
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7639527	15/09/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	610	0,00		S	17/6/20		Priscila
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	610	0,00		S	17/6/20		Priscila
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1220	0,00	

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo
/ /	17/6/20	17/6/20 Priscila	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808906

assinar

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324535
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7634639	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025282708003510101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00820008755	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	19/06/20		
2		00820008755	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	19/06/20		
3		00820012944	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	19/06/20		
4		00820012944	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	19/06/20		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Diagnóstico 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	518,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, concordo com os 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 total entendimento 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.

CD Tiago Scherer
Especialista em Prótese Dentária
CRO/PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/6/20	19/6/20	19/6/20

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

1ª Tiago

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322416 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7624171	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511143090001230 2	POS REDE PRESTADORA	PRESTIGE INCORPORACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANNA SILVA AIRES DE SOUZA 01/05/1992	( ) -	CLODOALDO GOMES DE SOUZA AIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/6/20		Julianna
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/6/20		Julianna
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/6/20		Julianna
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/6/20		Julianna
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/6/20		Julianna
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a obedecer as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado, foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/6/20	23/6/20 Julianna	23/6/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308264

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/04/20	25/04/20	CONCLUÍDO	7525941	23/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005002	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA REGINA DOS SANTOS	01/03/1989	( ) -	SORAYA MARIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/07/20		Alessandra
2-											/ /		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

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

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	1 / 7 / 20	1 / 7 / 20 Alessandra	1 / 7 / 20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322153

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7622482	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530355600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BARBARA SARTORE RESENDE 14/01/1993	( ) -	BARBARA SARTORE RESENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	19/6/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	19/6/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	19/6/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	19/6/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	19/6/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/6/20	12/6/20	12/6/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324021

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7631974	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937500000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MERIELE RAMIRES FERREIRA 07/01/1987	( ) -	MERIELE RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	19/6/20		Meriele
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dr. Tiago Soares Scherer
Mestre e Mestre
Cirurgião Dentista
CRO-PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/6/20	19/6/20 Meriele	19/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

322013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7621767	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380002891	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINA DOS SANTOS 21/06/1985	( ) -	CAROLINA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	13/06/20		Carolina
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00	0,00	S	13/06/20		Carolina
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00	0,00	S	13/06/20		Carolina
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00	0,00	S	13/06/20		Carolina
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00	0,00	S	13/06/20		Carolina
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é por mim assinado, foi(foram) realizado(s) com o meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional executante acima citado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme acima.

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.296/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/6/20	13/6/20	13/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você e sorrir

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

324301
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7633248	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000030 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALERIANA RAMIRES FERREIRA 14/04/1957	( ) -	VALERIANA RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/6/20	16/6/20	16/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

18/06 8:30

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321305
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	08/06/20	AUTORIZADO	7618007	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529056300000140 2	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EVERTON DE SOUZA DA LUZ 27/01/1987	( ) -	TANIA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/06/20		Everton
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/06/20		Everton
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/06/20		Everton
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/06/20		Everton
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/06/20		Everton
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1236 - CNES 3600...

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/6/20	15/6/20 Everton	/ /

Odontolife
tranquilidade para você é sorrir

18/06 8:00

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321240

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	08/06/20	AUTORIZADO	7617632	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529056300014001	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TANIA DE OLIVEIRA 25/06/1989	( ) -	TANIA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	16/06/20		Tania
2 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00		S	16/06/20		Tania
3 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00		S	16/06/20		Tania
4 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00		S	16/06/20		Tania
5 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00		S	16/06/20		Tania
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1800	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatoria. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

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

CLINICA OD: [illegible]
SC [illegible] LTDA.
CNPJ: [illegible]
CRO: [illegible]

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/6/20	16/6/20 Tania	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318623
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	01/06/20	AUTORIZADO	7602774	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000601	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDEIR BARBOSA ALVES 24/02/1979	( )	CLAUDEIR BARBOSA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODM	1	122,00	0,00	0,00	S	17/6/20		Elaudeir
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/6/20	17/6/20 Elaudeir B.	17/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

315575
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	17/06/20	AUTORIZADO	7582191	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529811500000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	16/06/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento conforma 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) executado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional executante deste documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Cirurgião-Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808994

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/06/20	/ /	18/06/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317129

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/05/20	03/06/20	AUTORIZADO	7597511	25/08/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 85100218 (I) 85100218

(I) 85100218

(I) 85100218

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00		S	27/05/20		Priscila
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1	122,00	0,00		S	27/05/20		Priscila
3	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00		S	27/05/20		Priscila
4	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122,00	0,00		S	27/05/20		Priscila
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontol 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	488,00	0,00	

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

Dr. Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Cirurgião Dentista
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808901

49-Observação

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

315752
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	22/05/20	AUTORIZADO	7583713	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205248961200005003	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9741396805300	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	3610,00		0,00	S	12/6/20		Vinicios
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	3610,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
3-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	3610,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
4-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	3610,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	140,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
6-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	140,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
7-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	140,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
8-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	140,00		0,00	S	17/6/20		Vinicios
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Periódico 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	15000,00	0,00	

Declaro, que recebi (emos) devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e benefícios deste tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações [illegible] com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), [illegible] 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 executante [illegible] referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme [illegible].

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/6/20	17/6/20 Vinicios	/ /

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321647

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	08/06/20	AUTORIZADO	7619808	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080005040 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA	09/09/1990	( ) -	JULIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	08101006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/06/20		Juliano
2-	00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/06/20		Juliano
3-	00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/06/20		Juliano
4-	00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/06/20		Juliano
5-	00	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/06/20		Juliano
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Tiago Soares Scherer Cirurgião Dentista e Mestre Ortodontia CRO-PR 14329	/ / Juliano	16/06/20 CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808996

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323446

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7629342	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380005791	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIAN ALBERTO SOTUYO 23/10/1991	( ) -	JULIAN ALBERTO SOTUYO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/6/20		
2-	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/6/20		
3-	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/6/20		
4-	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/6/20		
5-	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/6/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 206
CNES 5808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo/Empresa
/ /	15/6/20	15/6/20 Julian Sotuyo	15/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

319446
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7607517	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MERIELE RAMIRES FERREIRA	07/01/1987	( ) -	MERIELE RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	122,00	0,00		S	15/6/20		meriele
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.778.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/6/20	15/6/20 meriele	15/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

315464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7581425	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529836500000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008059	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	12/6/20		amanc
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Cd Tiago Scherer
Especialista e Mestre
em Dentística
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.758.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808906

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/6/20	12/6/20 Maringá - PR	12/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

já tem pedido do Hal marcado

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

316670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7589952	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300001501	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LOURIVAL GOMES DE OLIVEIRA JUNIOR 05/01/1983	( ) -	LOURIVAL GOMES DE OLIVEIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		
2		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/06/20		
3		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/06/20		
4		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/06/20		
5		00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20	12/06/20 M	12/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Ficha e/o pai

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316669

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7589948	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300001502	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LETICIA FONTOURA DE OLIVEIRA 02/05/2009	( ) -	LOURIVAL GOMES DE OLIVEIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	12/06/20		
3	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	12/06/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 7329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20	12/06/20	12/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322166
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
405414	09/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7622610	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529150200000010 1	POS REDE PRESTADORA	TIAGO FRANCO GLANERT	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franqua/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	09/06/20		Tiago
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Tiago Scherer
Especialista em Dentística
CRO 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	09/06/20 Tiago	09/06/20	09/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	09/06/20	AUTORIZADO	7585715	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527454500000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENIFFER GABRIELLY MARTINS RAMBO 07/02/2007	( ) -	ROMILDA SOARES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	9/6/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	9/6/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	9/6/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	9/6/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	9/6/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme me foram apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional executante e 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) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional executante, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CD Tiago Scherer
Especialista em Prótese
Mestre em Dentística
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6908990

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	9/6/20	9/6/20	9/6/20

OdontoLife

Paciente 5ª

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

321684
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7620013	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080000901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANO CAVALCANTI 06/03/1987	( )	ADRIANO CAVALCANTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Dent	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000		S	09/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	09/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	09/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	09/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	09/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	178	000	

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

CD Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	09/06/20	09/06/20	09/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320989

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7616112	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527402200000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NAYANE JHESSICA LUCENA MONTEIRO 26/02/1993	( )	NAYANE JHESSICA LUCENA MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	5/6/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14320

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	5/6/20	5/6/2017 Nayane	5/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

319535
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	03/06/20	AUTORIZADO	7607994	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526202020000141102	POS REDE PRESTADORA	HELISUL TAXI AEREO LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDA WINK RIZZOTTO 04/10/1995	( ) -	VALDIR JORGE RIZOTTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 65100218

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1	122,00	0,00		S	31/06/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/06/20	31/06/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7614973	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800002502	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KELLY MAIARA SOUZA JACO 17/12/1993	( )	HARTSON SAMYR JACO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	5/6/20		KmSJaco
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	5/6/20		KmSJaco
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	5/6/20		KmSJaco
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	5/6/20		KmSJaco
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	5/6/20		KmSJaco
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	00,00	

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

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.758.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	5/6/20	5/6/20 Kellym S Jaco	5/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316029

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7585499	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529759300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GLAUCIA GONCALVES BETINI 16/08/2002	( ) -	ANDREIA GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	6/6/20		Glaucia
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	6/6/20		Glaucia
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	6/6/20		Glaucia
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	6/6/20		Glaucia
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	6/6/20		Glaucia
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	6/6/20	15/6/20 Glaucia G. Betini	5/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320804

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7615180	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202509953900014303	POS REDE PRESTADORA	ASSEMPPRASSOC DOS SERV DO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CINTHIA CAROLINE DE FREITAS 09/07/1992	( ) 3524-2024	MATHEUS GAMBETTA NORONHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	5/6/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	5/6/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	5/6/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	5/6/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	5/6/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dr. Tiago Scherer
Cirurgião-Dentista e Mestre
Cirurgia Dentária
CRO-PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	5/6/20	5/6/20 Cinthia Freitas	5/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	03/06/20	AUTORIZADO	7609692	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530194300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA 30/10/1990	( ) -	JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/6/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado, foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

Dr. Tiago Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Próteses Dentária
CRO-PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/6/20	16/6/20	16/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

319201
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7605967	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005009	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS JOSE DOS SANTOS 27/06/1997	( )	SORAYA MARIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	02/06/20		Vinicius
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	02/06/20		Vinicius
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	02/06/20		Vinicius
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	02/06/20		Vinicius
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	02/06/20		Vinicius
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20	02/06/20 Vinicius	02/06/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Ap. tela ficha Tiago

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

314336
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/05/20	19/05/20	AUTORIZADO	7570589	16/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005002	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA REGINA DOS SANTOS 01/03/1989	( ) -	SORAYA MARIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 82001294-38
(I) 82001294-48

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODV	1	122,00	0,00		S	31/6/20		Alessandra
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	31/6/20		Alessandra
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	31/6/20		Alessandra
4	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	31/6/20		Alessandra
5	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	31/6/20		Alessandra
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	640,00	0,00	

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

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Doutorando Dentística
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.238.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/6/20	31/6/20 Alessandra Santos	31/6/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

311921
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7553195	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205262020000014102	POS REDE PRESTADORA	HELISUL TAXI AEREO LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDA WINK RIZZOTTO 04/10/1995	( ) -	VALDIR JORGE RIZOTTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	4/6/20		TWR
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	4/6/20		TWR
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	4/6/20		TWR
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	4/6/20		TWR
5-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	4/6/20		TWR
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	413,00	0,00	

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
4/6/20	4/6/20	4/6/20 TWR.	4/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

315504
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7581809	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SAMIRA ABOU ALI 25/05/2000	( ) -	SARA MARTINS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/5/20		samira
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
5	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	ODM	1	122,00	0,00		S	21/5/20		samira
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
8	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
9	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	21/5/20		samira
10	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OM	1	88,00	0,00		S	2/6/20		samira
11	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	2/6/20		samira
12	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	4/6/20		samira
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1036,00	0,00	

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/5/20	21/5/20 samira	21/5/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/05/20	13/05/20	AUTORIZADO	7559822	11/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526202000014101	POS REDE PRESTADORA	HELISUL TAXI AEREO LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDIR JORGE RIZOTTO 24/02/1964	( ) -	VALDIR JORGE RIZOTTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IMVP	1	122,00	0,00	0,00	S	11/6/20		
2	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	11/6/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	156,00	0,00	

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

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/6/20	11/6/20	11/6/20

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Foz do Iguaçu, 1 de Junho de 2020.

A Odontolife.

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

Muito Obrigado.

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

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

1ª consulta

odontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 298380

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7465852	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529473100000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSARIO GUADALUPE GARCETE AGUERO 17/01/2013	( ) -	ALEX SANDRO JUNIOR BAZZO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
213453179720	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	1/6/20		Rosa
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	1/6/20		Rosa
3	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	1/6/20		Rosa
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

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

49-Observação

Dr. Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

Luiz Renato Scherer
Cirurgião Dentista
CRO 2030

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ. 07.738.896/0001-50
CRO 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	1/6/20	1/6/20 Rosa	1/6/20

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Foz do Iguaçu, 1 de Junho de 2020.

A Odontolife.

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

Muito Obrigado.

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

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 297858

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7463082	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529473100000012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSA AGUERO 27/06/1995	( ) -	ALEX SANDRO JUNIOR BAZZO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	025 - Faturar Empresa

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ RENATO SCHERER	2030	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	1/6/20		Rosa
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	1/6/20		Rosa
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	1/6/20		Rosa
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	1/6/20		Rosa
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	1/6/20		Rosa
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740,00	0,00	

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

Dr. Tiago Scherer Mestre Prótese Dentária CRO-PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	1/6/22	1/6/22 Rosa	1/6/22

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Tiago sem ficha

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315176 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7575390	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000060 1	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDEIR BARBOSA ALVES 24/02/1979	( ) -	CLAUDEIR BARBOSA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	1/6/20		Claudeir
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	1/6/20		Claudeir
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	1/6/20		Claudeir
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	1/6/20		Claudeir
5	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	1/6/20		Claudeir
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	,12

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.728.[illegible]0001-50
CRO/PR 7206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	1/6/20	1/6/20 Claudeir B Alves	1/6/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316270

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	28/05/20	CONCLUÍDO	7586940	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529900300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODMP	1	120,00	0,00		S	01/06/20		Cleide
2-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	80,00	0,00		S	01/06/20		Cleide
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	1/6/20	1/6/20 Cleide Chams	1/6/20

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323808

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7630977	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530396800000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA LUIZA REZENDE CABRERA PEREZ 05/06/2008	( ) -	SIMONI REZENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	15/06/20		Simoni
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	15/06/20		Simoni
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Tales Scherer	15/06/20 Simoni Rezende	/ /

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

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

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

1ª parcela

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321285

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	08/06/20	AUTORIZADO	7617927	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00251177838800044101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINA ANDRADE SANCHES DA CUNHA 21/05/1989	( )	CAROLINA ANDRADE SANCHES DA CUNHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	05/06/20		X
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20	05/06/20	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/000
CRO/PR 1206

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Tales nova

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317012 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7599287	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117838004410 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINA ANDRADE SANCHES DA CUNHA 21/05/1989	( ) -	CAROLINA ANDRADE SANCHES DA CUNHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/06/20		
2	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
3	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
4	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
5	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20 Dr. Tales Scherer	05/06/20	/ /

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

thales era pac. do tiago

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO CONCLUÍDA

2-Nº 314483 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/05/20	19/05/20	AUTORIZADO	7572094	17/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800005201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CECILIA GAITAROSSA 18/01/1978	( ) -	CECILIA GAITAROSSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348161691000	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	05/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20	05/06/20	/ /

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

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327907 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7649832	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530235000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE MELQUIADES 28/09/1972	( ) -	ELIANE MELQUIADES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	26/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	26/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	26/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	26/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	26/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Dr. Tales Scherer	26/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325316

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7638535	14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300003602	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIO ANTONIO MASSUTTI 05/07/1964	( ) -	MARIA DE LOURDES KLOCK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102226	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OVML	1	122,00	0,00		S	25/06/20		Elio
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Tales Scherer	25/06/20 Elio Massutti	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6008999

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315764 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	22/05/20	AUTORIZADO	7583948	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529918900000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMMANUELLE ZARTH MARTINS	24/09/1984	( ) -	EMMANUELLE ZARTH MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

(I) 85100218 (I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	29/05/20		Com
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DOM	1	122,00	0,00		S	29/05/20		Com
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	04/06/20		Com
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	04/06/20		Com
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DP	1	88,00	0,00		S	04/06/20		Com
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00		S	04/06/20		Com
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	05/06/20		Com
8	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	05/06/20		Com
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	04/06/20		Com
10	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	61,00	0,00		S	04/06/20		Com
11	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	04/06/20		Com
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	874,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	05/06/2020 Com	/ /

CONCLUÍDA

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328257
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7654214	21/09/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868200000902	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FILIPE FREIRE SANTOS 16/03/2001	( ) 3432-0099	MARCIO DE CASTRO SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Tales Scherer	26/06/20 x	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320323

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612489	02/09/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800015501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEBER JULIANO DA SILVA 13/08/1990	( ) -	HEBER JULIANO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691000	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Tales Gilberto	04/06/20	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323489

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7629487	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530421700000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HELLEN VIEIRA SANTANA 25/09/1999	( ) -	HELLEN VIEIRA SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	25/06/20		x Hellen
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	25/06/20		x Hellen
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	25/06/20		x Hellen
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/06/20		x Hellen
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/06/20		x Hellen
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Hellen	25/06/20 x Hellen	/ /

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320320
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612487	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529918900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEVERTON PERCIVALDO PETRIS 19/04/1988	( ) -	EMMANUELLE ZARTH MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	05/06/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	05/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	146,00	0,00	

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20 Tales Scherer	05/06/20	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implante
CRO PR 20813

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315784

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	22/05/20	AUTORIZADO	7584003	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529918900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEVERTON PERCIVALDO PETRIS 19/04/1988	( ) -	EMMANUELLE ZARTH MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	V	1	61,00	0,00	0,00	S	21/05/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00	S	21/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7601188	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529918900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HEVERTON PERCIVALDO PETRIS 19/04/1988	( ) -	EMMANUELLE ZARTH MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PMVI	1	122,00	0,00	0,00	S	29/05/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00	0,00	S	29/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	195,00	0,00	

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 5808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/05/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	29/05/20	/ /

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323420

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7629191	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524704600001804	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO VITOR VIEIRA DA COSTA 22/06/2010	( ) -	RAFAEL EDUARDO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		X João
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	12/06/20		X João
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Tales Scherer	/ / X João Vitor	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/06/20	25/06/20	AUTORIZADO	7661327	23/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530595700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIA CRISTIANE MOSQUER VERONEZ 03/01/1989	( ) -	JULIA CRISTIANE MOSQUER VERONEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/06/20		Julia
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Julia
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Julia
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Julia
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/06/20		Julia
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Tales Scherer	26/06/20 Julia	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.

assinar

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323631

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7630062	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530207200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANE NATAL PERETTI	27/02/1987	( ) -	JULIANE NATAL PERETTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S			
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S			
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20	/ / Juliane natal Peretti	/ /

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

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OdontoLife — Tranquilidade para você sorrir

2-Nº 320654 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7614445	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530207200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANE NATAL PERETTI 27/02/1987	( ) -	JULIANE NATAL PERETTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	12/06/20 Juliane Natal Peretti	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Tales novo

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUÍDA

2-Nº 316879

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7597258	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380008190 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS MEDEIROS REINALDET DOS SANTOS 30/08/1994	( ) -	LUCAS MEDEIROS REINALDET DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	04/06/20	/ /

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7614489	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530221200001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCI NATAL PERETTI 01/02/1967	( ) -	LUCI NATAL PERETTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	12/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322555 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7625003	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524704600001803	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ HENRIQUE VIEIRA DA COSTA 23/05/2007		RAFAEL EDUARDO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	12/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	12/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	12/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	12/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	12/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	12/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316124 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7585966	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297193000004001	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ ANTONIO FERREIRA 18/08/1977	( )	LUIZ ANTONIO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226 (I) 85100200
(I) 85100218
(I) 85100218

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	15	ODVM	1	122,00	0,00		S	28/05/20		
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MVP	1	122,00	0,00		S	28/05/20		
3	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	34	MOD	1	122,00	0,00		S	05/06/20		
4	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	43	ML	1	88,00	0,00		S	05/06/20		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	454,00	0,00	

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	09/06/20 Tales Scherer	05/06/20 Luiz Antonio	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315846

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/05/20	22/05/20	AUTORIZADO	7584409	20/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800019201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZA GABRIELA SCHIZZI PEZZINI 08/01/1992	( ) -	LUIZA GABRIELA SCHIZZI PEZZINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	610,00	0,00		S	22/05/20		Luiza
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	610,00	0,00		S	22/05/20		Luiza
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	M	1	610,00	0,00		S	27/05/20		Luiza
4-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	730,00	0,00		S	05/06/20		Luiza
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2560,00	0,00	

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20 Tales Scherer	05/06/20 Luiza Pezzini	/ /

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

CONCLUÍDA

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323814 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7630993	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800013701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCIA GONCALVES 15/03/1975	( ) -	MARCIA GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165691010	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808900

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20	25/06/20	/ /

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

já é paciente

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318312

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7601001	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380006230101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIANE INES RUIZ GALDONA 16/11/1994	( ) -	MARIANE INES RUIZ GALDONA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	6100	0,00		S	29/05/20		Mariane
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6100	0,00	

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6980895

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/05/20 Tales Scherer	29/05/20 X Mariane	/ /

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

CONCLUÍDO

2-Nº

318400
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7601717	27/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529382200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MIRIAM DIETRICK MATOS 02/01/1997	( ) -	MIRIAM DIETRICK MATOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813 -	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/20		Miriam
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Tales Scherer	01/06/20 Miriam	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327895

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7649774	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800032601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NELI PEREIRA 05/03/1978	( ) -	NELI PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/20		Neli
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Neli
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Neli
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Neli
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Neli
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Empregador
/ /	25/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	25/06/20 Neli Pereira	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1208 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Tales p/ paciente

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

317708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7598152	26/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205272272760000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NICOLY NEVES DA SILVA 31/05/1997	(45) 88310540	NICOLY NEVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	04/06/20		Nicoly
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	04/06/20		Nicoly
3	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	04/06/20		Nicoly
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	237,00	0,00	

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

49-Observação

TALES DELLINGHAUSEN SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808904

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	04/06/20 x Nicoly N. Scherer	/ /

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321030

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7616389	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530235000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO HENRIQUE MELQUIADES 17/11/1997	( ) 8432-1455	ELIANE MELQUIADES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	25/06/20		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00		S	25/06/20		
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IV	1	88,00	0,00		S	25/06/20		
4-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VPM	1	122,00	0,00		S	25/06/20		
5-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00		S	26/06/20		
6-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	26/06/20		
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	26/06/20		
8-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	12/06/20		
9-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	12/06/20		
10	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODL	1	122,00	0,00		S	12/06/20		
11	00	85102226	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MODV	1	122,00	0,00		S	12/06/20		
12	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	12/06/20		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1050,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Dr. Tales Scherer	26/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1225 - CNES 6808999

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Tales novo

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317813
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7598259	26/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530235000000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO HENRIQUE MELQUIADES 17/11/1997	( ) 8432-1455	ELIANE MELQUIADES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	04/06/20		x Paulo H
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	04/06/20		x Paulo H
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	04/06/20		x Paulo H
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	04/06/20		x Paulo H
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	04/06/20		x Paulo H
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	0,00	

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Tales Scherer	04/06/20 x Paulo H melquiades	/ /

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323421

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7629192	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524704600001801	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL EDUARDO DA COSTA 04/07/1975	( ) -	RAFAEL EDUARDO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		K
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/06/20		K
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		K
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		K
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/06/20		K
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Tales Scherer	12/06/20	/ /

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

já é paciente

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323798

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7631000	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524704600001801	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE GALLI EIRELI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL EDUARDO DA COSTA 04/07/1975	( ) -	RAFAEL EDUARDO DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348161691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	25/06/20		
2-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00		S	25/06/20		
3-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	25/06/20		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	264,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Tales Scherer	25/06/20	/ /

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

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

1X Tales

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7630984	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530396808000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIMONI REZENDE 20/12/1985	( ) -	SIMONI REZENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	25/06/20		Simoni
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Simoni
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Simoni
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Simoni
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	25/06/20		Simoni
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião-Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	25/06/20 Simoni Rezende	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320685 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7614579	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000791	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIRLEI CANDIDO FIGUEIRA 18/06/1980		SIRLEI CANDIDO FIGUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	04/06/20		Sirlei
2-	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	04/06/20		Sirlei
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	09/06/20 S. F.	/ / CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-5[illegible] CRO/PR 1206 - CNES [illegible]

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

321003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7616186	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000791	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIRLEI CANDIDO FIGUEIRA 18/06/1980	( ) -	SIRLEI CANDIDO FIGUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/06/20		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 valo 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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	04/06/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6900

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320325

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612500	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800007901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIRLEI CANDIDO FIGUEIRA 18/06/1980	( ) -	SIRLEI CANDIDO FIGUEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	04/06/20		Sirlei C.F.
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	04/06/20 Sirlei C.F.	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1226 - CNES 6808090

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329937 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/06/20	26/06/20	AUTORIZADO	7662435	23/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530606606000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO ABELHA OLIVEIRA 17/11/1989	( ) -	THIAGO ABELHA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	26/06/20		X
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		X
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		X
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		X
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	26/06/20		X
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	26/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6806999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320322

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7612488	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800032101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO DONIZETE REIS 22/02/1989	( ) -	THIAGO DONIZETE REIS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169691000	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/06/20		x
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/06/20		x
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		x
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		x
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/06/20		x
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680890

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20	04/06/20 x	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/06/20	25/06/20	AUTORIZADO	7657551	22/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000034011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VILMA EVANGELISTA IBERSS 20/01/1976	( ) -	VILMA EVANGELISTA IBERSS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/06/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	26/06/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.755.899/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325746 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414 | 3-Data de Emissão da Guia: 17/06/20 | 4-Data de Autorização: 18/06/20 | 5-Senha: AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal: 7640516 | 7-Data Validade da Senha: 15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00025302554300000010102 | 9-Plano: POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira: / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: ANGELA APARECIDA FERRARI | 04/12/1994 | 14-Telefone: ( ) - | 15-Nome do titular do plano: OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N | 17-Nome do Profissional Solicitante: JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO: 29859 | 19-UF: PR | 20-Código CBO S:

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 09831353539861 | 22-Nome do Contratado Executante: JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO: 29859 | 24-UF: PR | 25-Código CNES:

026-Nome do Profissional Executante: JHENIFER DA SILVA MARTINS | 27-Número no CRO: 29859 | 28-UF: PR | 29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	0,00		S	19/06/20		Angela
2	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	19/06/20		Angela
3	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	610	0,00		S	19/06/20		Angela
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$: 0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: Paciente não realizou procedimento no elemento 11

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA [illegible] LÓGICA
SÃO [illegible]
CNPJ: 07.[illegible]-50
CRO/PR 1205 - CNES 6[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/06/20 Jheniffer Martins | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/06/20 Angela | 53-Data, local e Carimbo da Empresa: 19/06/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

concluí guia

Ok

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324622

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7635107	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANGELA APARECIDA FERRARI 04/12/1994	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	7300	0,00		S	23/06/20		Angela
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7300	0,00	

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20 Jheniffer Martins	23/06/20 Angela	23/06/20

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326961
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7646499	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800050701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE MAZARON 14/11/1977	( ) -	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20 Jheniffer Martins	22/06/20	22/06/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321940

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7621360	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANGELA APARECIDA FERRARI 04/12/1994	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00		S	09/06/20		Angela
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00		S	09/06/20		Angela
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00		S	09/06/20		Angela
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00		S	09/06/20		Angela
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00		S	09/06/20		Angela
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	09/06/20 Jheniffer Martins	09/06/20 Angela	09/06/20 CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320591

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7613994	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800168011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANE DA SILVA CAROLLO 23/05/1990	( ) -	ADRIANE DA SILVA CAROLLO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353985	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/06/20 Jheniffer Martins	05/06/20 Adriane	05/06/20

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

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319218

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7606167	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520648700038505	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA RAMOS LIED 23/09/2015	(45) 3029-9744	THIAGO BORGES LIED

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/06/20		
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	03/06/20		
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	03/06/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

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

49-Observação

Dra. Jhenniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA [illegible]
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20 Jhenniffer Martins.	03/06/20 [signature]	03/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317899

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7598463	26/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520648700038505	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA RAMOS LIED 23/09/2015	(45) 3029-9744	THIAGO BORGES LIED

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	85		1	49,00	0,00		S	03/06/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	49,00	0,00	

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20 Jheniffer Martins	03/06/20 Luciana Ramos	03/06/20

OK.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319021 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7605005	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202520648700038505	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA RAMOS LIED 23/09/2015	(45) 3029-9744	THIAGO BORGES LIED

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	74		1	4900	0,00		S	03/06/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4900	0,00	

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20 Jheniffer Martins	03/06/20 Andressa Ramos	03/06/20

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

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319433

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	03/06/20	AUTORIZADO	7607465	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080000910101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA FERREIRA 25/03/1977	( ) -	ANA PAULA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00	0,00	S	03/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

CLÍNICA [illegible]ONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 5808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20 Jheniffer Martins	03/06/20	03/06/20

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319101

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7605460	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000091011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA FERREIRA 25/03/1977	( ) -	ANA PAULA FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20 Jheniffer Martins	02/06/20	02/06/20 CLÍNICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680899

1 X

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326381

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7643455	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530543300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAMILLA DE SOUZA CRUZ MORAIS 08/12/1984	( )	ISAIAS MATOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista -	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Jheniffer Martins	24/06/20	24/06/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326653

OK

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7644871	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800029801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELA MACHADO DA SILVA 30/01/1996	( ) -	DANIELA MACHADO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	29/06/20		Daniela
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Jheniffer Martins	29/06/20 Daniela	29/06/20

OK

Odontlife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325126 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7637273	14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000298 01	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELA MACHADO DA SILVA 30/01/1996	( ) -	DANIELA MACHADO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/06/20		Daniela
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/06/20		Daniela
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/06/20		Daniela
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	18/06/20		Daniela
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	18/06/20		Daniela
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Jheniffer Martins	18/06/20 Daniela	18/06/20

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

OK.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327958 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7650199	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800047801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ 30/07/1980	( ) -	FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20	24/06/20	29/06/20

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326860

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	/ /	AGUARDANDO TOKEN DO	7646069	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020258270800047801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ 30/07/1980	( ) -	FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			29/06/20		
2											29/06/20		
3										2	/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20	29/06/20	29/06/20

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

Ok

1X

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327923

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7649992	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300002501	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YAN YGOR KRAMER DE JESUS 14/07/1989	( ) -	YAN YGOR KRAMER DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		
2		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
3		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
4		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
5		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Jheniffer Martins	24/06/20	24/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326378

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7643452	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530543300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISAIAS MATOS DE SOUZA 16/09/1986	( ) -	ISAIAS MATOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quanticade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/06/20		Isaias
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Isaias
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Isaias
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Isaias
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/06/20		Isaias
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808[illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Jheniffer Martins	24/06/20 Isaias M. de Souza	24/06/20

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318000
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7599338	26/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530188800000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO GUSTAVO MOREIRA DA LUZ 11/08/2005	( ) -	MARLI MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	02/06/20		
2-	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	02/06/20		
3-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	02/06/20		
4-	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	04/06/20		
5-	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	04/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	332,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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 qua assina asse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20 Jheniffer Martins	02/06/20	02/06/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317313

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7597716	25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530210600000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	15/06/20		Eliane
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	15/06/20		Eliane
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	15/06/20		Eliane
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	15/06/20		Eliane
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	15/06/20		Eliane
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Jheniffer Martins	15/06/20 Eliane matiello	15/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

317531
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7597956	25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validada da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800041101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EVANDRO MARTINS	04/04/1977	( ) -	EVANDRO MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	28/05/20		X Evandro
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/05/20 Jheniffer Martins	28/05/20 X Evandro Martins	28/05/20

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327736 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7649026	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800021601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDA JENNIFER BARTZ 08/02/1992	( ) -	FERNANDA JENNIFER BARTZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/20		Fernanda
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Fernanda
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Fernanda
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Fernanda
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/06/20		Fernanda
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/06/20 Jhenifer Martins	23/06/20 Fernanda	23/06/20

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328482

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/06/20	24/06/20	AUTORIZADO	7655109	21/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200055022	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IRACI CANTELE 29/10/1964	( ) 9945-9236	DANIEL ELIAS DA SILVA CANTELE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	25/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00	S	25/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00	S	25/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00	S	25/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00	S	25/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/06/20 Jheniffer Martins	25/06/20 Iraci Cantele	25/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323682

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/06/20	16/06/20	AUTORIZADO	7630352	10/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530194300000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA 30/10/1990	( ) -	JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	730	0,00	0,00	S	19/06/20		
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVP	1	122	0,00	0,00	S	19/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1950	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e/ou por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50 CLÍNICA
CRO/PR 1206 CNES 6808999 SCHE

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/06/20 Jhenifer Martins	19/06/20	/ / CNPJ: 07.7 CRO/PR 12

OC

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325968

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7641644	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530277700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES 22/06/1966	( ) -	JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	18/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20	18/06/20	18/06/20

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1906 - CNES 6808999

OK

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316698

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7590295	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530194300001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA 30/10/1990	( ) -	JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	29/05/20		
2-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	28/05/20		
3-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	28/05/20		
4-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	03/06/20		
5-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00		S	27/05/20		
6-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	12/06/20		
7-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61,00	0,00		S	12/06/20		
8-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S	12/06/20		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5420,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Jheniffer Martins	12/06/20	12/06/20

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316823

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7597188	24/08/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025075171000260002	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANAINA LOPES 10/10/1987	( ) -	MACKSON JUNIOR MASSARO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	610	0,00		S	05/06/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	610	0,00		S	02/06/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	610	0,00		S	05/06/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610	0,00		S	02/06/20		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	02/06/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	610	0,00		S	05/06/20		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3660	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20 Jheniffer Martins	02/06/20 Janaina Lopes	05/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808[illegible]

OK.

Paciente fechou com a Dra Alexsandra

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322004

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7621698	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250751710001240 1	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA 20/07/1991	( ) -	JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Jheniffer Martins.	15/06/20	15/06/20

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316992

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7597365	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530188800000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO GUSTAVO MOREIRA DA LUZ 11/08/2005	( ) -	MARLI MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359846	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	01/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Jheniffer Martins	01/06/20	01/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/06/20	29/06/20	AUTORIZADO	7665104	24/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAILAYNE GIOVANNA DA SILVA SILVEIRA 01/07/2003	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código C3O S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código C3O S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/06/20		Ray
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Jheniffer Martins	29/06/20 Ray	29/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHEREP LTDA.
CNPJ: 07.73[illegible]01-50
CRO/PR 1208 - CNES 0808999

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326959

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7646477	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAILAYNE GIOVANNA DA SILVA SILVEIRA 01/07/2003	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IM	1	88,00	0,00		S	26/05/20		
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IM	1	88,00	0,00		S	26/05/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	,

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/05/20 Jheniffer Martins	26/05/20	26/05/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Ok.

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326656

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7644904	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
KAILAYNE GIOVANNA DA SILVA SILVEIRA 01/07/2003	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359861	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/06/20		
2-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/06/20		
3-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/06/20		
4-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/06/20		
5-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/06/20 Jheniffer Martins	19/09/20	19/06/20

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325162

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7637491	14/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530286000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS MARCIO RODRIGUES SILVA 03/02/2003	( ) -	MARLENE RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/06/20		Sucesso
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/06/20		Sucesso
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/06/20		Sucesso
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/06/20		Sucesso
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/06/20		Sucesso
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/06/20 Jheniffer Martins	19/06/20 Sucesso	19/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808990

SCHERER & SCHERER
ODONTOLOGIA

Prezada Dental Uni

Venho através deste, informar que o paciente Leandro Ribeiro da Silva, compareceu a clínica na data 03/06/20 para realização do procedimento ustaurado face OP no elemento 27, porém a guia não foi assinada.

O prontuário do paciente foi assinado pelo mesmo, comprovando a realização do procedimento. A fotografia do prontuário se encontra anexada na página da Odonto Life.

Atenciosamente

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Hospital Ministro Costa Cavalcante
Rua Bahia, 52 - Vitória - Foz do Iguaçu - PR
(45) 3524-2810 - 3000-4023 - 3000-4024

O ODONTOLÓGICO

2-Nº

320014
INTERCÂMBIO

6-Número da Guia Principal: 7610737
7-Data Validade da Senha: 01/09/20

NI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

15-Nome do titular do plano: LEANDRO RIBEIRO DA SILVA

ero no CRO 59 | 19-UF PR | 20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

-Número no CRO 29859 | 24-UF PR | 25-Código CNES
ero no CRO 59 | 28-UF PR | 29-Código CBO S

e US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
8800		00,00	S	03/06/20		

Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 8800
47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore

tins

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

ata, local e Assinatura do Beneficiário Responsável: 03/06/20

Data, local e Carimbo da Empresa: 03/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320014
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7610737	01/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530241400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEANDRO RIBEIRO DA SILVA 05/06/1985	( ) -	LEANDRO RIBEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00	S	03/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	88,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/06/20 Jheniffer Martins	03/06/20	03/06/20

ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320974

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	7616010	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202582708000282061	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEILA ADRIANA MELO RATEIRO 18/07/1984	(45) 3523-0833	LEILA ADRIANA MELO RATEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	08/06/20		Leila
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00	S	08/06/20		Leila
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00	S	08/06/20		Leila
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00	S	08/06/20		Leila
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00	S	08/06/20		Leila
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	08/06/20 Jheniffer Martins	08/06/20 Leila A. M. Rateiro	08/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316328

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7587464	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530185000001022	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ EDUARDO DOS SANTOS ALVES 27/09/2009	( ) -	REGIANE LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/20		Luiz
2	00	81006014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	01/06/20		Luiz
3	00	84006090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	01/06/20		Luiz
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Jheniffer Martins	01/06/20 Luiz	01/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319051

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/06/20	01/06/20	AUTORIZADO	7605158	30/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025297698000001003	POS REDE PRESTADORA	E E BELLIO CIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEANDRO ARAUJO BELLIO 24/04/1983	( ) -	EVARISTO ELSIO BELLIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	19	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	04/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Jheniffer Martins	04/06/20	04/06/20

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316463

OK

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/05/20	25/05/20	AUTORIZADO	7588104	23/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297698000001013	POS REDE PRESTADORA	E E BELLIO CIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEANDRO ARAUJO BELLIO 24/04/1983	( ) -	EVARISTO ELSIO BELLIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	01/06/20		
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	01/06/20		
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	01/06/20		
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	01/06/20		
5	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	01/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20	01/06/20	01/06/20

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319636

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	03/06/20	AUTORIZADO	7608859	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297193000004033	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARILIN APARECIDA DE MATOS FERREIRA 31/05/1980	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	0,00	S	04/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20	04/06/20	04/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317238

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7597639	25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000040 3	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARILIN APARECIDA DE MATOS FERREIRA 31/05/1980	( ) -	LUIZ ANTONIO FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986 .	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DV	1	88,00	0,00		S	04/06/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20	04/06/20	04/06/20

Oc.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327898

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7649783	20/09/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530594100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIANE RIBAS TORMES 14/03/2012	( ) -	DIOGO RICARDO CORDEIRO TORMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	24/06/20		
2	00	84006090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00		S	24/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Jheniffer Martins	24/06/20 Diogo R.	24/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326955

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7646454	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380003380 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MONICA DE BRITO 31/05/1987	( ) -	MONICA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	22/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	22/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	22/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	22/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	22/06/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20 Jheniffer Martins	22/06/20	22/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322482

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7624597	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530286000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE RODRIGUES 05/10/1975	( ) -	MARLENE RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/06/20		Marlene
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Marlene
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Marlene
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Marlene
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/06/20		Marlene
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/06/20 Jheniffer Martins	12/06/20 Marlene Rodrigues	12/06/20.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Oc.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329580 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/06/20	25/06/20	AUTORIZADO	7660482	22/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205305941000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIANE RIBAS TORMES 14/03/2012	( ) -	DIOGO RICARDO CORDEIRO TORMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84005058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	16		1	490	0,00		S	29/06/20		c maoilla
2	00	84005058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	26		1	490	0,00		S	29/06/20		c maoilla
3	00	84005058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	36		1	490	0,00		S	29/06/20		c maoilla
4	00	84005058	APLICAÇÃO DE SELANTE -	46		1	490	0,00		S	29/06/20		c maoilla
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	880	0,00		S	29/06/20		c maoilla
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2840	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Jheniffer Martins	29/06/20 c maoilla Ribas	29/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

OK.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324588

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7634870	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529123300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA APARECIDA DE GODOI ANDRADE 26/02/1964	( ) -	MARIA APARECIDA DE GODOI ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

(I) 85100200

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	22/06/20		
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OL	1	88,00	0,00		S	22/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento 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.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/06/20 Jhenifer Martins.	22/06/20	22/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316979

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7597354	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530188800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLI MOREIRA 04/04/1975	( ) -	MARLI MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	01/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	01/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	01/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	01/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	01/06/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Jheniffer Martins	01/06/20	01/06/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319472

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	03/06/20	AUTORIZADO	7607699	31/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524688100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARYELLEN DORNELES ZARTH 14/09/1986	(45) 9132-8333	MARYELLEN DORNELES ZARTH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	04/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00		S	04/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00		S	04/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00		S	04/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00		S	04/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Jheniffer Martins	04/06/20	04/06/20

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 318015

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7599340	26/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530188800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLI MOREIRA 04/04/1975	( ) -	MARLI MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00	0,00	S	02/06/20		
2											24/06/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/06/20	02/06/20	02/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

OK.

Odontlife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321938

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7621336	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OSEIAS DA SILVEIRA	21/02/1981	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S			Oseias
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S			Oseias
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S			Oseias
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S			Oseias
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S			Oseias
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	09/06/20 Jheniffer Martins	09/06/20 Oseias Silveira	09/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

Odontolife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325488

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7639395	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OSEIAS DA SILVEIRA 21/02/1981	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	ODV	1	122,00	0,00		S	17/06/20		Oseias
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/06/20 Jheniffer Martins	17/06/20	17/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319438

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/06/20	02/06/20	AUTORIZADO	7607444	31/08/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700804491	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO ROGERIO RODRIGUES 24/09/1980	( ) -	PAULO ROGERIO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/06/20		Paulo R
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/06/20		Paulo R
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/06/20		Paulo R
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		Paulo R
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/06/20		Paulo R
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/06/20 Jheniffer Martins.	04/06/20 Paulo R	04/06/20 CNPJ: 07.738.896/0001-50

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317510

OK

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7597926	25/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200000508	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RICARDO OLI SABI 03/10/2001	( ) -	SORAYA MARIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	08/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	08/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	08/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	08/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	08/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHEREF LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	08/06/20 São Paulo.	08/06/20

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

322063
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7622190	06/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00252827080000270 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RUTE RODRIGUES DE CAMARGO 01/02/1966	(45) 3576-8020	RUTE RODRIGUES DE CAMARGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		Rute
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		Rute
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		Rute
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	15/06/20		Rute
5											15/06/20		Rute
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Jheniffer Martins	15/06/20 Rute R Camargo	15/06/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 321107

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	7616781	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800002701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RUTE RODRIGUES DE CAMARGO 01/02/1966	(45) 3576-8020	RUTE RODRIGUES DE CAMARGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359861	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/06/20		Rute
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina asse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Jheniffer Martins	15/06/20 Rute R Camargo	15/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326859
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	19/06/20	AUTORIZADO	7646055	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529767200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROGES FRANCESCONI 22/07/1993	( ) -	ROGES FRANCESCONI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	29/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3400	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20	29/06/20	29/06/20

LTDA.
07.738.896/0001-50
PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

327951
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7650152	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529767200000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROGES FRANCESCONI 22/07/1993	( ) -	ROGES FRANCESCONI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-parsicipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Jheniffer Martins	29/06/20	29/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK

2-Nº 317119

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7597500	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530188500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REGIANE LOPES DOS SANTOS 26/04/1989	( ) -	REGIANE LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	29/05/20		Regiane
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.696/0001-50
PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/05/20 Jheniffer Martins	29/05/20 Regiane	29/05/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325969

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7641654	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530277700000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SARA ADRISSA BARROS SIMOES 15/12/1997	( ) -	JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	18/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20	18/06/20	18/06/20

OdontoLife
franquias para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326382

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7643485	16/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025305433000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THEO DAVID ARRIOJAS DE SOUZA CRUZ 14/09/2012	( ) -	ISAIAS MATOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	S	24/06/20		
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70	0,00	0,00	S	24/06/20		
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00	0,00	S	24/06/20		
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforma previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20	24/06/20	24/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

Odontoprev

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2999346
INTERCÂMBIO

RAIA PAULA MAY

22/03/2016

ALEXSANDRA MENDES

ALEXSANDRA MENDES

ALEXSANDRA MENDES

(2) Falta de Empresa

| | | |

Elielci 01/04

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 295597

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/03/20	05/03/20	AUTORIZADO	7449326	01/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529149800000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIELCI LUIZA FERREIRA BORBA 16/10/1985	( ) -	THIAGO ANDRE GROSS BORBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	17/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e
contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore
referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHENER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/06/20 Jheniffer Martins	17/06/20	17/06/20

20/03 - 15:30

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 295600 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/03/20	05/03/20	AUTORIZADO	7449339	01/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380007810 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS 05/04/1993	( ) -	JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	18/06/20		Jaqueline
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	18/06/20		Jaqueline
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	146,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20	18/06/20 Jaqueline	18/06/20

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

18/03

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 295433

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/03/20	04/03/20	AUTORIZADO	7448227	01/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529212400000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS BUENO MOMBELLI DE ARRUDA 27/12/2014	( ) 98034369	CAROLINE BUENO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	18/06/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	70,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Jheniffer Martins.	18/06/20 Caroline B.	18/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

18/03 as 16:00 Amas

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 298589

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7467153	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529212140000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS BUENO MOMBELLI DE ARRUDA 27/12/2014	( ) 9803-4369	CAROLINE BUENO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	51	IM	1	88,00	0,00		S	18/06/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/06/20 Jheniffer Martins.	18/06/20 Caroline B.	18/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

5158 Jheniffer

2-Nº 297883

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7463189	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529123300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA APARECIDA DE GODOI ANDRADE 26/02/1964	( ) -	MARIA APARECIDA DE GODOI ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	15/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	15/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	15/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	15/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	15/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/06/20 Jheniffer Martins	15/06/20	15/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808906

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 298595

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7467195	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205000010000301031	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VERA LUCIA DA COSTA 26/10/1979	(45) 3524-4580	ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	09/06/20		
2											09/06/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	09/06/20	09/06/20	09/06/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329822

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/06/20	29/06/20	AUTORIZADO	7661864	23/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800017701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA DE OLIVEIRA MARCAL 02/01/1995	(45) 9827-5770	ALESSANDRA DE OLIVEIRA MARCAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564648948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	30/06/20		Alessandra
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00	0,00	S	30/06/20		Alessandra
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00	0,00	S	30/06/20		Alessandra
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00	0,00	S	30/06/20		Alessandra
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00	0,00	S	30/06/20		Alessandra
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/06/20 Alessandra	30/06/20	/ /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327704 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7648848	20/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800017201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINE DA COSTA 14/03/1994	( ) -	CAROLINE DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644494848	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/06/20		Caroline
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Caroline
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Caroline
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Caroline
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/06/20		Caroline
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/06/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	30/06/20 Caroline	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

2-Nº 324454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7634091	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530408300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DRIELY CARVALHO MISCEVSKI 23/02/1993	( ) -	DRIELY CARVALHO MISCEVSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
97413968053	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00		S	30/6/20		Driely
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00		S	30/6/20		Driely
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00		S	30/6/20		Driely
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00		S	30/6/20		Driely
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00		S	30/6/20		Driely
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme estipulado em contrato.

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/6/20	/ / Driely Carvalho Miscevski	30/6/20

OK.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

320484
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/06/20	04/06/20	AUTORIZADO	7613441	02/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800044901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO ROGERIO RODRIGUES 24/09/1980	( ) -	PAULO ROGERIO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Paulo R
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	26/06/20		Paulo R
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00		S	16/06/20		Paulo R
4	00	85101960	RESTAURAÇÃO RESINA	33	L	1	61,00	0,00		S	16/06/20		Paulo R
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VP	1	88,00	0,00		S	19/06/20		Paulo R
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonta 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	371,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/06/20 Jheniffer Martins	16/06/20 P. Paulo R	16/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808990

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 297884
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/03/20	10/03/20	AUTORIZADO	7463190	07/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529123300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEOSCAR ALBERTO DE ANDRADE 25/03/1969	( ) -	MARIA APARECIDA DE GODOI ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02294210913	ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEKSANDRA MENDES	16573	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	29/06/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3500	0,00		S	29/06/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3500	0,00		S	29/06/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3500	0,00		S	29/06/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3500	0,00		S	29/06/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1700	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/06/20 Jheniffer Martins	29/06/20	29/06/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808896

finalizado

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312139

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7554792	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202519988930000043001	POS REDE PRESTADORA	FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE MATIELLO DOS SANTOS 20/01/1980	( ) -	ELIANE MATIELLO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200166-32 (I) 81000421-RII

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	32		1	258,00	0,00		S	29/06/20		Eliane
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	29/06/20		Eliane
3	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	29/06/20		Eliane
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	306,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR27073

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/06/20	29/06/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073	29/06/20 Eliane matiello	29/06/20

Anexo

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328511

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7655275	21/09/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530121000000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA FREITAS NASCIMENTO 01/04/1979	( ) -	PRISCILA FREITAS NASCIMENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-45
(I) 81000421-RPID

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	2580,00	0,00		S	29/06/20		Priscila
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	140,00	0,00		S	29/06/20		Priscila
3	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340,00	0,00		S	29/06/20		Priscila
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3060,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
29/06/20	29/06/20	29/06/20 Priscila	29/06/20

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Concluída

OdontoLife
tranquilidade para viver bem

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309649

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/04/20	04/05/20	AUTORIZADO	7536447	29/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080008401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SONIA NAKASIMA POLINI 26/07/1963	( ) -	SONIA NAKASIMA POLINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(IF) 85200107-26
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006505	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/06/2029		
2	00	85201017	RETRATAMENTO	26		1	844,00	0,00		S	23/06/20		
3	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	23/06/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	892,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
23/06/20	23/06/20	27/06/20	23/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

Cadeira

2 - Nº Guia no Prestador: 327250

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 327250

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 276264

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 276264

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202528270800021801 - ANDRESSA CARINA FERNANDES BARBOSA

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
21 - Dente/Região
22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glosa
28 - Valor Recursado
29 - Justificativa do Prestador
30 - Valor Acatado
31 - Justificativa da Operadora

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30
1-	23/01/2020	27		01	94	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3040	3198,0	0,00
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

Nova imagem anexada.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

32 - Valor Total Recursado (R$): 3198,0

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 28/01/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora: 27/04/20

37 - Assinatura da Operadora:

concluída

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312475

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/05/20	12/05/20	AUTORIZADO	7557138	10/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529447600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CRISTINA DA COSTA 11/12/1962	( ) -	ELAINE CRISTINA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-13
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	13		1	2580	0,00		S	09/06/20		
2-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	140	0,00		S	09/06/20		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2720	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/06/20	09/06/20	09/06/20	09/06/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

311922
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/05/20	11/05/20	AUTORIZADO	7553187	09/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529650200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEX RICARD GENEROSO VIEIRA 27/06/1993	( ) -	ALEX RICARD GENEROSO VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24
(I) 81000421-RPSE

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/06/20		Alex
2	00	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	02/06/20		Alex
3	00	81004211	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	02/06/20		Alex
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	381,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Favor anexar RX finais e canais dissociados para produção

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1226 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/06/20	02/06/20	02/06/20 Alex Ricard	02/06/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Concluído

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

309225
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/04/20	30/04/20	AUTORIZADO	7535598	28/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529660400000010102	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDIVAN ALEXANDRE DE SOUZA 13/09/1976	( ) -	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-16
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	01/06/20		Ed
2	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533	0,00		S	01/06/20		Ed
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14	0,00		S	01/06/20		Ed
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	581,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com a parte que lhe cabe conforme previsto em contrato.

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/06/20	01/06/20	01/06/20 Ed	01/06/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 322484

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/06/20	12/06/20	AUTORIZADO	7624651	07/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937503000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MERIELE RAMIRES FERREIRA 07/01/1987	( ) -	MERIELE RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200140-14 (I) 81000421- (IF) 85200140-25 (I) 81000421-RPSE

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00		0,00	S	16/06/20		meriele
2	00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00		0,00	S	16/06/20		meriele
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00		0,00	S	16/06/20		meriele
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00		0,00	S	16/06/20		meriele
5	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	16/06/20		meriele
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	728,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
16/06/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO/PR 27073	16/06/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO/PR 27073	16/06/20 MerieleR.	16/06/20

Odontolife
Tranquilidade para você e sua

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309159
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/04/20	01/07/20	AUTORIZADO	7535551	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205259660400001002	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDIVAN ALEXANDRE DE SOUZA 13/09/1976	( ) -	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102102118	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOV	1	122,00	0,00		S	01/07/20		
2	00	85102102118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OVM	1	122,00	0,00		S	01/07/20		
3	00	85102102118	RESTAURAÇÃO RESINA	14	ODV	1	122,00	0,00		S	01/07/20		
4	00	85102101916	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
5	00	85102102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
6	00	85102101916	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
7	00	85102101916	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
8	00	85102101916	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
9	00	85102101916	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
10	00	85102102000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orto/Ortopedia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	847,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO-PR 20852	01/07/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você ter

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326864
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/06/20	23/06/20	AUTORIZADO	7646094	17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937501000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MERIELE RAMIRES FERREIRA	07/01/1987	( ) -	MERIELE RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-38
(I) 82001294-48

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
97413968053	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82009185	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73	00	000	S	17/20		meriele
2	00	82009187	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73	00	000	S	17/20		meriele
3	00	82012948	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186	00	000	S	17/20		meriele
4	00	82012948	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186	00	000	S	17/20		meriele
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	518	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 prescrições 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) conforme o planejamento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Declaro ainda que o Cirurgião-Dentista contratado que assina esse documento, os valores

49-Observação

Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808956

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/06/20	17/06/20 Meriele R.	17/06/20

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306399 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/04/20	08/06/20	AUTORIZADO	7511932	13/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507394400028202	POS REDE PRESTADORA	SIND TRAB DA EDUC BASICA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALLARY DRUNOSKI TAIETE	06/11/1995	( ) -	RAFAEL PECHORZ TAIETE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	880	0,00		S	08/06/20		Allary D.
2	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	1220	0,00		S	08/06/20		Allary D.
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	880	0,00		S	08/06/20		Allary D.
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	880	0,00		S	08/06/20		Allary D.
5	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	1220	0,00		S	29/06/20		Allary D.
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1	880	0,00		S	29/06/20		Allary D.
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	880	0,00		S	29/06/20		Allary D.
8	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	1220	0,00		S	97/97/20		Allary D.
9	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	880	0,00		S	97/97/20		Allary D.
10										S	97/97/20		Allary D.
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	8940	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. imagens analisadas

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1703 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/07/20	01/07/20 Allary Drunoski	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já i fazendo na anual

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324040
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	7632027	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800028601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MELISSA CAROLINE COSTA 28/08/1993	( ) -	MELISSA CAROLINE COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644949848	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	01/07/20		melissa
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	01/07/20		melissa
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	01/07/20		melissa
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	01/07/20		melissa
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	01/07/20		melissa
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 11.....
CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/07/20	01/07/20 melissa	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 314650 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/05/20	20/05/20	CONCLUÍDO	7572188	17/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529505000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DEBORA ELL PEREIRA 18/02/1985	( ) -	DEBORA ELL PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05564644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/20		Debora
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/06/20		Debora
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/06/20		Debora
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/06/20		Debora
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/06/20		Debora
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que atina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada data de retorno para 01/07/2020 conforme chamado #SRE1592228253 Atualizado USO dentista da guia via planilha. Atualizado USO beneficiario da guia via planilha.

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6807999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/07/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	19/05/20 Debora Ell Pereira	/ /