OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340886

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	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712702	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380002890101	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 Enviar - RX
(I) 82001294-38 (I) 85100200
(I) 82001294-48
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139685053	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	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	1860	0,00		S	31/7/20		Carolina
2-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	1860	0,00		S	31/7/20		Carolina
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	880	0,00		S	31/7/20		Carolina
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	880	0,00		S	31/7/20		Carolina
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-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5480	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 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião 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 Contratada
/ /	31/7/20	31/7/20 Carolina dos Santos	31/7/20

CLINICA 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

348847
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7750155	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800380001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ZAIRA VANESSA RODRIGUES 24/04/1985	( ) -	ZAIRA VANESSA 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	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	31/7/20		Zaira
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/7/20		Zaira
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/7/20		Zaira
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/7/20		Zaira
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/7/20		Zaira
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

CD Tiago
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808946

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/7/20	31/7/20 Zaira V. Rodrigues	31/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344065

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7725901	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530663100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDEMAR VIANEZ PEREIRA 21/04/1982	( )	VALDEMAR VIANEZ 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	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	31/7/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	31/7/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	31/7/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	31/7/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	31/7/20		
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

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 6804[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
/ /	31/7/20	31/7/20	31/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344069
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7725911	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530663100000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLY RODRIGUES PEREIRA 15/12/2004	( ) -	VALDEMAR VIANEZ 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	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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	31/7/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/7/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/7/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/7/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/7/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame/Radiologia 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
/ /	31/7/20	31/7/20	31/7/20

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 / CNES 6806944

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343843

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: 3438433

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 14329/PR - TIAGO 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: 322150

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 322150

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530185300000101 - KAROLINE ELIAS DA SILVA

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-	09/06/2020	34	O,D,V	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031		
	7320	anexado novo rx.								
	000									
2-	09/06/2020	33	V,D,L	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031		
	7320	anexado novo rx.								
	000									
3-	09/06/2020	42	D,V,L	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031		
	7320	anexado novo rx.								
	000									
4-	09/06/2020	32	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3031		
	3660	anexado novo rx.								
	000									
5-	09/06/2020	43	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3031		
	3660	anexado novo rx.								
	000									
6-	09/06/2020	36	D,O,M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3031		
	7320	anexado novo rx.								
	000									
7-	09/06/2020	46	D,O,M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3031		
	7320	anexado novo rx.								
	000									

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

	20 - Data Realização do Procedimento 28 - Valor Recursado 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região 22 - Face 29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
8-	09/06/2020 7320 0000	37 M.V.O anexado novo rx.	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031
9-	09/06/2020 7320 0000	47 O.V.M anexado novo rx.	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
5850	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assistura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
12/06/2020	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 6800...		

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343838

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: 343838

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 14329/PR - TIAGO 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: 311921

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 311921

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202526202000014102 - FERNANDA WINK RIZZOTTO

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

1- 11/05/2020 | 47 | O,V | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Procedimento foi autorizado previamente para realização, se descordava do tratamento, deveria ter glosado pra execução, assmi não perderia meu tempo realizando o procedimento. Facilmente visualizado o furo na restauração,

2- 11/05/2020 | 25 | O,M | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Procedimento foi autorizado previamente para realização, se descordava do tratamento, deveria ter glosado pra execução, assmi não perderia meu tempo realizando o procedimento. Possivel visualizar a radiolucidez na proximal

3- 11/05/2020 | 24 | O,D | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Procedimento foi autorizado previamente para realização, se descordava do tratamento, deveria ter glosado pra execução, assmi não perderia meu tempo realizando o procedimento. Possivel visualizar a radiolucidez na proximal

4- 11/05/2020 | 14 | O,D | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Procedimento foi autorizado previamente para realização, se descordava do tratamento, deveria ter glosado pra execução, assmi não perderia meu tempo realizando,o procedimento. Possivel visualizar a descontinuidade do

5- 11/05/2020 | 16 | O | 01 | 94 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 3040
36,60
0,00
Procedimento foi autorizado previamente para realização, se descordava do tratamento, deveria ter glosado pra execução, assmi não perderia meu tempo realizando o procedimento. Presente radiolucidez em restauração antiga,

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 247,79

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 11/05/2020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. 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 [illegible]

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343845

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	343845

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	14329/PR - TIAGO 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
326864	326864	AUTORIZADO	00202529937500000101 - MERIELE RAMIRES FERREIRA

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 / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento / 29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora	27 - Código da Glosa
1-	19/06/2020 111160 0000	38		01	94	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS anexo novo rx panoramico.	3031
2-	19/06/2020 111160 0000	48		01	94	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS anexo novo rx panoramico.	3031
3-								
4-								
5-								
6-								

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
223,20	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
23/06/2020	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 6809

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343844

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	343844

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738960001501	14329/PR - TIAGO 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 Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
322590	322590	AUTORIZADO	00202527454500000101 - ROMILDA SOARES DOS SANTOS

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-	09/06/2020	34	D,O,M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3031
	7320	anexado novos rx.						
	00,00							
2-	09/06/2020	35	O,M,L	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031
	7320	anexado novos rx.						
	00,00							
3-	09/06/2020	33	V,D,L	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031
	7320	anexado novos rx.						
	00,00							
4-	09/06/2020	14	D,O,M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031
	7320	anexado novos rx.						
	00,00							
5-	09/06/2020	46	V,M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3031
	5280	anexado novos rx.						
	00,00							
6-	09/06/2020	44	D	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3031
	3660	anexado novos rx.						
	00,00							
7-	09/06/2020	22	P	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3031
	3660	anexado novos rx.						
	00,00							

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

	20 - Data da Realização do Procedimento 26 - Valor Recursado 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	28 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
8-	09/06/2020 7320 000	13	V,D,P	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES anexado novos rx.	3031
9-	09/06/2020 5280 000	45	D,V	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES anexado novos rx.	3031

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
5480	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
26/06/2020	CD Tiago Scherer Especialista e Mestre Prótese Dentária CRO-PR 74329		

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

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343842

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	343842

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	14329/PR - TIAGO 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
321145	321145	AUTORIZADO	00202530185300000101 - KAROLINE ELIAS DA SILVA

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	29	30	31
1-	09/06/2020	16	O,M,V	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3031	73,20	Anexado novo rx.	0,00	
2-	09/06/2020	27	V,O,P	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031	73,20	Anexado novo rx.	0,00	
3-	09/06/2020	14	D,O,M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031	73,20	Anexado novo rx.	0,00	
4-	09/06/2020	25	O,D	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3031	52,80	Anexado novo rx.	0,00	
5-	09/06/2020	17	O,P	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3031	52,80	Anexado novo rx.	0,00	
6-	09/06/2020	21	D,V,M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3040	73,20	Canal avaliado pelo endodontista, o qual relatou não ser possivel acessa-lo por estar totalmente calcificado, a restauração foi realizada pela condição que se encontrava a coroa, vai ser mantido em acompanhamento.	0,00	
7-	09/06/2020	22	V,D,M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3031	73,20	Anexado novo rx.	0,00	

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

	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
	29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora						
	09/06/2020	15	D.O.M	01	94	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3031
	7320	Anexado novo rx.					
	000						
9-	09/06/2020	26	M.P.O	01	94	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3031
	7320	Anexado novo rx.					
	000						

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
6180,00	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
12/06/2020	CD Tiago Scherer Especialista e Mestre Prótese Dentária CRO-PR 34829		

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-56
CRO/PR 1206 - CNES 6808[illegible]

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343840

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	343840

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	14329/PR - TIAGO 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
315504	315504	AUTORIZADO	00202529937900000102 - SAMIRA ABOU ALI

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-	21/05/2020	25	O,D,M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
	732,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								
2-	21/05/2020	37	O,M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								
3-	21/05/2020	36	O,D	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								
4-	21/05/2020	35	O,M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								
5-	21/05/2020	34	O,D	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								
6-	21/05/2020	46	O,D	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								
7-	21/05/2020	47	O,M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Nova imagem do rx anexada.							
	000								

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

	20 - Data da Realização do Procedimento 28 - Valor Recursado 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região 29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
8-	21/05/2020 52,80 0,00	26 Nova imagem do rx anexada.	O, M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
9-	21/05/2020 52,80 0,00	24 Nova imagem do rx anexada.	O, D	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
10	21/05/2020 52,80 0,00	15 Nova imagem do rx anexada.	O, D	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
11	21/05/2020 52,80 0,00	16 Nova imagem do rx anexada.	O, M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
601,20	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
21/05/2020	CD Tiago Scherer Especialista e Mestre Prótese Dentária CRO-PR 42820		

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

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343841

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: 343841

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 14329/PR - TIAGO 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: 315752

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 315752

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202524961200005003 - VINICIOS VALENSUELA ENGELAGE

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-	22/05/2020	RMIE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8140	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	
2-	22/05/2020	RMSE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8140	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	
3-	22/05/2020	RMID		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8140	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	
4-	22/05/2020	RMSD		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8140	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	
5-	22/05/2020	48		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	21660	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	
6-	22/05/2020	38		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	21660	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	
7-	22/05/2020	28		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	21660	3081
							Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.	0,00	

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

Procedimento	21 - Dente/Região / 22 - Face / 29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
20/05/2020	18	01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	3081
21660	Rx enviado no momento da solicitção do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado previamente e executado. Glosa absurda que está registrada, esperamos não ser recorrente.					
0400						

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)	34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
900,00	0,00	22/05/2020			

CD Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 74329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808[illegible]

OdontoLife — GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343839

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	343839

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	14329/PR - TIAGO 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 de Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
31436	31436	AUTORIZADO	00202524961200005002 - ALESSANDRA REGINA DOS SANTOS

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- 18/05/2020 | 48 | | | 01 | 94 | 82001294 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS | 3081
111160 | Rx foi anexado no dia da solicitação de tratamento, como comprovado no print que estou enviando. Procedimento já foi autorizado previamente, foi executado como mostra o rx final. Glosa absurda que está registrada, espero
0000

2- 18/05/2020 | 38 | | | 01 | 94 | 82001294 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI INCLUSOS / IMPACTADOS | 3081
111160 | Rx foi anexado no dia da solicitação de tratamento, como comprovado no print que estou enviando. Procedimento já foi autorizado previamente, foi executado como mostra o rx final. Glosa absurda que está registrada, espero
0000

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
223,20	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
19/05/2020			

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

343599
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	29/07/20	AUTORIZADO	7724745	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530677500000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIENE PEREIRA BARRETO 20/01/1978	( ) -	LUCIENE PEREIRA BARRETO

Dados do 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	30/7/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
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), foram realizado(s) 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, caso forme previsto em contrato.

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 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
/ /	30/7/20	30/7/20 Luciene P.B.	30/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

342021
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7717501	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527282708000078011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SANDRA APARECIDA BRANDAO 24/02/1986	( ) -	SANDRA APARECIDA BRANDAO

Dados do 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 U/I	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	00,00		S	30/7/20		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 U/I	47-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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo
/ /	30/7/20	30/7/20	30/7/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343290

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	7723517	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205294967000100107	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NILVANIA MARIA SPRICIGO BALENA 23/11/1968	( ) -	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	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	30/7/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/7/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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: 07.738.898/0001-50
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
/ /	30/7/20	30/7/20 NILVANIA	30/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

341872
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	20/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7716919	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530740000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HASSAN ALI MOSTAPHA 26/09/1975	( ) -	HASSAN ALI MOSTAPHA

Dados do 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) 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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	27/7/20		
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VI	1	88,00	0,00		S	27/7/20		
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	28/7/20		
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	29/7/20		
5-	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODVL	1	122,00	0,00		S	25/7/20		
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	474,00	0,00	

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

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/7/20	27/7/20	25/7/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342127

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7718057	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530633000000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALESSANDRA SAVEDRA DA VEIGA 29/10/1982	( ) -	ALESSANDRA SAVEDRA DA VEIGA

Dados do 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	23/7/20		Alessandra
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/7/20		Alessandra
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/7/20		Alessandra
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/7/20		Alessandra
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/7/20		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 Pericial/Perícia 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Cirurgião Dentista
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA 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
/ /	23/7/20	23/7/20 Alessandra S.	23/7/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344183
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7727118	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080001230101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAELA APARECIDA SIMAO BARROSO TORRES 12/10/1990	( ) -	RAFAELA APARECIDA SIMAO BARROSO TORRES

Dados do 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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/7/20		Rafaela
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/7/20		Rafaela
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/7/20		Rafaela
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/7/20		Rafaela
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/7/20		Rafaela
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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. Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14.329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6280595

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/7/20	/ / Rafaela Torres	27/7/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338716
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7702538	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530816600000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELA VELAZQUEZ MONTANIA 14/01/2002	( ) -	LIZ LILIANA CRISTALDO VELAZQUEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	21/7/20		Gabriela
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808909

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/7/20	21/7/20 Gabriela	21/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338719
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7702551	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530816600000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELA VELAZQUEZ MONTANIA 14/01/2002	( ) -	LIZ LILIANA CRISTALDO VELAZQUEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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 Executados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	24/7/20		Gabriela
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	24/7/20		Gabriela
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	24/7/20		Gabriela
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	24/7/20		Gabriela
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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - 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
/ /	24/7/20	24/7/20 Gabriela	24/7/20

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

339869
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	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7707880	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530867700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO VICTOR GOMES 02/10/2000	( ) -	JOAO VICTOR 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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/7/20		João Victor
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/7/20		João Victor
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/7/20		João Victor
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/7/20		João Victor
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/7/20		João Victor
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - 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
/ /	21/7/20	21/7/20 João Victor	21/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338187
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7700014	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511143090001232	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
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 82001294-48
(I) 85100218 (I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
3	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OM	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OD	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
9	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
10	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
11	00	82012944	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	23/07/20		Julianna
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1019,00	0,00	

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

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
/ /	23/7/20	23/7/20 Julianna Aires	23/7/20

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
C.D.-DRT 4329

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

338783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7702882	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800032501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDENIR PACO 14/02/1967	( ) -	VALDENIR PACO

Dados do 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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/07/20		
2	0	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
3	0	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
4	0	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
5	0	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
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 Periodontológico 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 prestador contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 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
/ /	17/07/20	17/07/20	17/07/20

Odontolife
franquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7702765	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380000042001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILSON PEREIRA 15/09/1982	( ) -	GILSON 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	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	14/7/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	14/7/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	14/7/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	14/7/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	14/7/20		
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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/7/20	14/7/20	14/7/20

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7694599	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000780 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SANDRA APARECIDA BRANDAO 24/02/1986	( ) -	SANDRA APARECIDA BRANDAO

Dados do 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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/20		Donda
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Donda
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Donda
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Donda
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Donda
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 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(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 no contrato.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Clínica Odontológica
CRO-PR 14329

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/07/20	20/7/20 Donda	20/07/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340094
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7709022	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800021001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRA PRISCILA DE OLIVEIRA CARVALHO	27/12/1980	( ) -	ALEXANDRA PRISCILA DE OLIVEIRA CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	20/7/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/7/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/7/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/7/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/7/20		
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), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.238.896/0001-56
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 Assinatura
/ /	20/7/20	/ /	20/7/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

333467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7680981	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800049801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	800	0,00		S	17/07/20		Fernanda
2-	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	1200	0,00		S	17/07/20		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	2100	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) neste atendimento 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 em Dentística
Cirurgião Dentário
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-Carimbo, Data e Assinatura do Executante
/ /	17/7/20	17/7/20 Fernanda	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808996

Odontlife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330251
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7664120	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
00202530642500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SELMA RECH RODRIGUES 13/11/1980	( ) -	SELMA 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	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	16/7/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/7/20	/ /	16/7/20

CLÍNICA 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

334644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7684332	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529937900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SARA MARTINS DA SILVA 28/11/1964	( ) -	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

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	16/7/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/7/20		
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 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previstos em contrato.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista Mestre
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
/ /	16/7/20	16/7/20 Sara Martins da Silva	/ /

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7692582	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205081363000427001	POS REDE PRESTADORA	EMPRESA HOTELEIRA MABU LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANA KOZIDELOSKI 22/04/1981	( ) -	ADRIANA KOZIDELOSKI

Dados do 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-Cid	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	14/7/20		Ad.k.
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/7/20		Ad.k.
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/7/20		Ad.k.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/7/20		Ad.k.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/7/20		Ad.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 do tratamento conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista em Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/7/20	14/7/20 Adriana Kozideloski	14/7/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808964

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319057

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	03/06/20	AUTORIZADO	7605213	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
00202529473100000102	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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

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
97413968053	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OM	1	88,00	0,00		S	14/7/20		
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	33	DL	1	88,00	0,00		S	14/7/20		
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.

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.846/0001-50
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
/ /	14/7/20	14/7/20	14/7/20

Odontolife
tranquilidade para você e sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330430
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7665011	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
00205306425000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
MATHEUS RODRIGUES DE SOUZA 01/11/2005	( ) -	SELMA 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	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	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/7/20		Matheus
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/7/20		Matheus
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/7/20		Matheus
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/7/20		Matheus
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 Geral
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140,00	0,00	

Declaro, que após ter sido davidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento 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
/ /	1 7 / 20	13/7/20 Matheus	13/7/20

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1205 CNES 6808996

OdontoLife
tranquilidade para você e sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330252
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7664121	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
00202530640250000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MATHEUS RODRIGUES DE SOUZA 01/11/2005	( ) -	SELMA 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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/7/20		Matheus
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 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 executante e arcar com os custos previstos no 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 e/ou a quem o mesmo indicar, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ 07.738.596/0001-50 CRO PR 1206 - CNES 6808990

Dr. Tiago 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
/ /	13/7/20	/ / Matheus	13/7/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ 07.738.596/0001-50

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315497
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7581763	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
00202527082700800031701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATIELE DALSOGLIO COUTO 19/08/1989	( ) -	KATIELE DALSOGLIO COUTO

Dados do 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

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	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	19/7/20		
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	19/7/20		
3	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/7/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	293,00	0,00	

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

49-Observação

Tiago Scherer
Ortopedista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
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
/ /	19/7/20	/ / - Katiele D. Couto	19/7/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325453

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7639211	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
00205282708000029901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA ELIZABET DE OLIVEIRA FERNANDES 11/01/1971	( ) -	MARIA ELIZABET DE OLIVEIRA FERNANDES

Dados do 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
974139685053	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-	19	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/7/20		
2-	19	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/7/20		
3-	19	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/7/20		
4-	19	00853007	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/7/20		
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/7/20	10/7/20	16/7/20

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.748.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

paciente

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325450

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7639208	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
00205282708000029011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA ELIZABET DE OLIVEIRA FERNANDES 11/01/1971	( ) -	MARIA ELIZABET DE OLIVEIRA FERNANDES

Dados do 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	16/7/20		
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	340	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento proposto acima especificados, 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 em Materiais Dentários
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
/ /	16/7/20	16/7/20	16/7/20 PR 1206 - CNES 6808990

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333515 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7679871	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800019401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA RODRIGUES GARBUIO 27/10/1964	( ) -	MARIA RODRIGUES GARBUIO

Dados do 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	09/07/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	09/07/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	09/07/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	09/07/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	09/07/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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
/ /	09/07/20	/ /	09/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336154

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7690966	06/10/20

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
(I) 85100218

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	

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	11	MVP	1	1220,00	0,00		S	9/7/20		Meriele
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMP	1	1220,00	0,00		S	9/7/20		Meriele
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	2440,00	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.

Dr. Tiago Soares
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 da Empresa
/ /	9/7/20	6/7/20 Meriele	9/7/20

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332407 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	7675178	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025303556000101	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

Enviar - RX

(I) 85100200 (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
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	18		1	73,00	0,00		S	10/07/20		
2	00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	10/07/20		
3	00851020 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	9/7/20		
4	00851020 0	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	7/7/20		
5	00851020 0	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	7/7/20		
6	00851020 0	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	7/7/20		
7	00851020 0	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	7/7/20		
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-Urgência; 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	586,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram executados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme acordado em contrato.

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6490990

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
	10/07/20	10/07/20	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

319025
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	03/06/20	AUTORIZADO	7605055	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
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	SCHERER E SCHERER ODONTOLOGIA	14329	PR	08.

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (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
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	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	16/6/20		
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	23/6/20		
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	9/7/20		
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	7/7/20		
5	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OP	1	88,00	0,00		S	16/6/20		
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	88,00	0,00		S	23/6/20		
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00	0,00		S	23/6/20		
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OV	1	88,00	0,00		S	7/7/20		
9	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		S	7/7/20		
10	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	74	O	1	61,00	0,00		S	7/7/20		
11	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OV	1	88,00	0,00		S	9/7/20		
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	758,00	0,00	

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

49-Observação

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	4/6/20	5/7/20	9/7/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323697 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7630441	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
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
Enviar - RX
(I) 82001288-48
(I) 82001294-28

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	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00	0,00	S	16/7/20		Vinicius
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00	0,00	S	16/7/20		Vinicius
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00	0,00	S	16/7/20		Vinicius
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	620,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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, e por mim assinado(s) em ___ folha(s), com meu consentimento 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 co[illegible] previstos no contrato.

Dr Tiago Scherer
Especialista em Cirurgia
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 do [illegible]
/ /	16/7/20	16/7/20 Vinicius	16/7/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 334756

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7684874	04/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202523490700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PLACIDO JOSE DE OLIVEIRA 18/02/2060	( ) -	PLACIDO JOSE 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	81005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	07/07/20		
2-	00	85304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/07/20		
3-	00	85304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/07/20		
4-	00	85304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/07/20		
5-	00	85304	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/07/20		
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

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 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
/ /		3 / 7 / 20	3 / 7 / 20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328052

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	24/06/20	AUTORIZADO	7651046	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
00202534303435000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
FELIPE DA SILVA CARDOSO 23/11/1994	( ) -	FELIPE DA SILVA 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	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-	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	HAID		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	HASE		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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

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

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

334738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	07/07/20	AUTORIZADO	7684768	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530740000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HASSAN ALI MOSTAPHA 26/09/1975	( ) -	HASSAN ALI MOSTAPHA

Dados do 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	07/07/20		HASSAN
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/07/20		HASSAN
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/07/20		HASSAN
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/07/20		HASSAN
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/07/20		HASSAN
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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(a), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Tiago Scherer
Especialista em Odontologia
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/07/20	07/07/20	07/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

322599
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	07/07/20	AUTORIZADO	7625270	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
00202527454500000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULA ALINE SOARES RAMBO 20/01/1988	( ) -	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	00	S	07/07/20		Paula
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	07/07/20		Paula
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	07/07/20		Paula
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	07/07/20		Paula
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	07/07/20		Paula
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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	

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 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 no 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 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
/ /	07/07/20	07/07/20 Paula	07/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330076

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663063	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
00202530529900001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA FINAU LESKOVICZ 14/02/2001	( ) -	KARINE ANGELICA FINAU LESKOVICZ

Dados do 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	0,00	S	23/06/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	23/06/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	23/06/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	23/06/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	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	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 previstos em contrato.

CD Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista - Mestre
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.788.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

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	23/06/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

1X

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330008
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	30/06/20	AUTORIZADO	7662735	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
00202527082708000329011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BIANCA REZENDE RAMOS 05/06/1987	( ) -	BIANCA REZENDE RAMOS

Dados do 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	6/7/20		Bianca
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	6/7/20		Bianca
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	6/7/20		Bianca
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	6/7/20		Bianca
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	6/7/20		Bianca
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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), foram(ram) executado(s) com 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.

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	6/7/20	6/7/20 Bianca.	6/7/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329116 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7658317	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
00202530621600000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAIARA ZANATTA DE OLIVEIRA	29/08/1994	( ) -	JEFFERSON ALVES 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	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-	0	00810006505	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	3/7/20		maiara
2-	0	00853000473	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	3/7/20		maiara
3-	0	00853000473	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	3/7/20		maiara
4-	0	00853000473	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	3/7/20		maiara
5-	0	00853000473	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	3/7/20		Maiara
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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), foram(am) realizado(s) com meu consentimento 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
/ /	3/7/20	3/7/20 maiara	31/7/20

Tiago Soares Scherer
Especialista em Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808994

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329112

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7658289	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
00202530621600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JEFFERSON ALVES DA COSTA 18/10/1992	( ) -	JEFFERSON ALVES 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	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	23/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	23/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	23/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	23/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	23/07/20		
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 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 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme pactuado 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 1206 - CNES 6808997

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/7/20	23/7/20	23/7/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 319242

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7606274	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
00202528270800049801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa 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
9741396805300	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	16	ODP	1	1220	0,00		S	2/7/20		Tiago
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	880	0,00		S	2/7/20		Tiago
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 3-Orodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2100	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 Soares Scherer
Mestre em Odontologia
Cirurgião Dentista
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
/ /	2/7/20	2/7/20 Fernanda Mansour	2/7/20

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

já paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323678 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	24/06/20	AUTORIZADO	7630302	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
00202529759300000102	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 Enviar - RX
(I) 82001294-18 (I) 82001286-48
(I) 82001294-38
(I) 82001286-28

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	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	24/06/20		Andreia
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	24/06/20		Andreia
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	24/06/20		Andreia
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	24/06/20		Andreia
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	24/06/20		Andreia
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1155,00	0,00	

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

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
/ /	21/06/20	24/06/20 Andreia G.	24/06/20

Life **GUIA DE RECURSO DE GLOSAS**

1 - Nº Guia no Prestador: 343859

3 - Nome do Operadora	4 - Código do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	3 4 3 8 5 9

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
0 7 7 3 5 8 9 6 0 0 0 1 5 0	20813/PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

Dados do Recurso de Protocolo

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

Dados do Recurso de Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
3 2 1 0 3 0	3 2 1 0 3 0	AUTORIZADO	63302534235000000102 - PAULO HENRIQUE MELQUIADES

17 - Código de 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 - Quadrante; 24 - Tabela; 25 - Procedimento/Item Assistencial; 26 - Descrição do Procedimento; 27 - Código de Glosa
28 - Valor Recursado
30 - Valor Aceito
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa do Operadora

1-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	4 6	M . O . D	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3 0 8 1
	7 3 2 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							
2-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	4 5	O . D . L	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3 0 8 1
	7 3 2 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							
3-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	3 7	O . M	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 8 1
	5 2 8 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							
4-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	2 5	O . D	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 8 1
	5 2 8 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							
5-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	2 4	O . M	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 8 1
	5 2 8 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							
6-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	1 4	O . M	0 1	9 4	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3 0 8 1
	5 2 8 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							
7-	0 5 / 0 6 / 2 0 2 0	3 5	D	0 1	9 4	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3 0 8 1
	3 6 8 0	Imagens anexadas						
	0 0 0							

	3 9 4 2 0		0 0 0	
0 5 0 6 2 0 2 0		Tales Scherer		

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343858

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Código na Operadora: 0773889000150

5 - Número da Guia de Recurso de Glosa Atribuído pela Operadora: 34385818

6 - Nome do Contratado: 20813PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

Dados da Guia de Recurso de Glosa

7 - Número do Lote:

8 - Número do Protocolo:

9 - Código da Glosa do Protocolo:

10 - Justificativa:

11 -

Dados da Guia de Recurso de Glosa

12 - Número da Guia no Prestador: 316124

13 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 316124

14 - Senha: AUTORIZADO

15 - Beneficiário: 00000000000000000000 - LUIZ ANTONIO FERREIRA

16 - Código da Senha da Guia:

17 - Justificativa (%) Glosa de recurso de toda a guia:

18 -

Dados dos Itens da Guia

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

1- 22/05/2020 | 34 | M,O,D | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
7320
0000
Procedimento foi autorizado previamente para realização, e foi realizado. Realmente não existe cárie presente, porem a restauração presente esteve insatisfatória, com infiltração marginal, a possível de substituição na nossa

2-

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Aceitado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 25/05/2020

35 - Assinatura do Contratado: Tales Scherer

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

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura do Operadora:

Odontoline

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343861

1 - Registro ANS:

3 - Nome do Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Código do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas referente guia: 343861

Dados da Contratado

6 - Código na Operadora: 07738898000150

7 - Nome do Contratado: 20813/PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

Dados do Recurso de Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados da Guia de Recurso

13 - Número da Guia no Prestador: 323810

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 323810

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00305536398400E00101 - SIMONI REZENDE

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa Técnica de Recurso de Glosa de 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 Informado | 29 - Valor Autorizado | 30 - Valor Analisado

1	12/06/2020	013			01	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		3040	2160	0000
2												
3												
4												
5												
6												

Obs: animado anexado

32 - Valor Total Recebido (R$): 2160

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 15/06/2020

35 - Assinatura do Contratado: Tales Scherer

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

36 - Data da Assinatura do Operadora:

37 - Assinatura do Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

343860

DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2

3 4 3 8 6 0

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

20813-PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

3 2 3 7 0 8

3 2 3 7 0 8

AUTORIZADO

202025287504650800191 - RAFAEL EDUARDO DA COSTA

1. 1 2 / 0 6 / 2 0 2 0 | 2 2 | M | V | 0 1 | 0 4 | 8 5 1 0 0 2 0 6 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES

5 2 8 0

0 0 0

Justificativa: Justificativa se estende até região cervical na face vestibular. Restauração realizada abrangendo ambas as faces solicitadas. Procedimento foi autorizado previamente para execução, e assim foi executado. Solicita seu correto

3 0 4 0

2.

3.

4.

5.

6.

5 2 8 0

0 0 0

15 / 0 6 / 2 0 2 0

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

Odontolife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

143857

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Código na Operadora: 0 7 7 3 8 5 9 6 0 0 0 1 5 0

5 - Nome do Contratado: 20815/PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

6 - Código do Objeto do Recurso: 2

7 - Nº Guia no Prestador: 143857

8 - Número da Guia de Recurso de Glosa Atribuído pela Operadora: 3 4 3 8 5 7

Dados do Recurso do Protocolo

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso de Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 3 1 5 7 8 4

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 3 1 5 7 8 4

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Senha/Liberação: 0020232981800000102 - HEVERTON FERNALDO PETRIS

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa em caso de recurso de nível II:

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

1- 22/05/2020 | 44 | V | 01 | 94 | 85100198 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 3040
3650
0000
Primeiramente, o procedimento foi autorizado previamente para realização, e nesse ponto é que, a clínica atende o paciente e decide o tratamento juntamente com ele, devido a extração presente, a grande sensibilidade do

2- 22/05/2020 | 12 | V | 01 | 84 | 85100198 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 3040
3650
0000
Procedimento foi autorizado previamente para realização, e foi realizado. Grande lesão de cavidade levanta dúvidas presente na vestibular do mesmo, possível visualizar em imagens anexada. Solicito o pagamento do procedimento

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 22/05/2020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

36 - Data de Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura do Operador:

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20811

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337641

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7697707	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530783000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS DE CAMARGO LOPES DOS SANT 01/01/1999	( ) -	CAROLINE CAMARGO 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
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	81005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/07/20		
2	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
3	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
4	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
5	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
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
/ /	16/07/20 Tales Scherer	16/07/20 A. Lopes	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6802990

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330105
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663264	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
00202530396800000010103	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
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	16	P	1	61,00	0,00		S	02/07/20		Simoni
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	02/07/20		Simoni
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	02/07/20		Simoni
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/20 Simoni	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6803995

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

CONCLUÍDA

Tem toda marcas

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

318793
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7603676	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
00202529088000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE MESSALA SAMPAIO DE ANGELI 24/10/1983	( ) -	ALEXANDRE MESSALA SAMPAIO DE ANGELI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODP	1	122,00	0,00		S	12/06/20		
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OV	1	88,00	0,00		S	12/06/20		
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	12/06/20		
4	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OMV	1	122,00	0,00		S	26/06/20		
5	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OMV	1	122,00	0,00		S	26/06/20		
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	26/06/20		
7	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	32	MVL	1	122,00	0,00		S	03/07/20		
8	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	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	798,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	01/3/23	01/03/2023	/ /

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 339073

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7704233	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253062620000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNA SABRINA SARTORI DA SILVA 24/04/2003	( ) -	LUCIANO SOARES 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
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	340	0,00		S	16/07/20		Bruna
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	16/07/20		Bruna
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	16/07/20		Bruna
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	16/07/20		Bruna
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	16/07/20		Bruna
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistante 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
/ /	16/07/20 Tales Scherer	16/07/20 Bruna Sartori	/ /

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 337638 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7697705	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530783000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINE CAMARGO DOS SANTOS 27/03/1991	( ) -	CAROLINE CAMARGO 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
06348165691 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	16/07/20		Caroline
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Caroline
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Caroline
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Caroline
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/07/20 Tales Scherer	16/07/20 Caroline Camargo	/ / 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

330042
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7662895	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
00202530396800000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS ALBERTO CABRERA PEREZ 25/03/1968	( ) -	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
05348166910	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	02/07/20		Tales
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Tales
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Tales
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Tales
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Tales
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/20 Carlos A Cabrera	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CBO/S 1926 - CNES 6803999

1X CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340788
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7712152	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530853900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA 30/08/1983	( ) -	CLEIBSON ALMEIDA 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	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	23/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/20		
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	23/07/20 Cleibson Almeida de Souza	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

1X

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340787
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7712151	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530853900000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE MARIA ARAUJO PRADO DE ALMEIDA 07/06/1986	( ) -	CLEIBSON ALMEIDA 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	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	23/07/20		x Cristiane
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/20		x Cristiane
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/20		x Cristiane
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/20		x Cristiane
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/20		x Cristiane
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	23/07/20 Tales Scherer	23/07/20 x Cristiane Prado	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808090

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315082 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7574831	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
00202528270800045001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE PESSINI	29/04/1982	( ) -	CRISTIANE PESSINI

Dados do 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
06348169610	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	23/07/20		x Cristian
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/07/20		x Cristian
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/07/20		x Cristian
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		x Cristian
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		x Cristian
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	23/07/20 Cristian	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6809999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336841 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7694027	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253077730000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DIRLENE APARECIDA DE PAULA 30/08/1976	( ) -	DIRLENE APARECIDA DE PAULA

Dados do 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	10/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
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
/ /	10/07/20 Tales Scherer	10/07/20 Dirlene de Paula	/ / 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 337223

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7696119	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530773730000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DIRLENE APARECIDA DE PAULA 30/08/1976	( ) -	DIRLENE APARECIDA DE PAULA

Dados do 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) 85100219 (I) 85100218
(I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100226

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	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	122,00	0,00	0,00	S	16/07/20		Dirlene
2-	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00	0,00	S	16/07/20		Dirlene
3-	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOML	1	122,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Dirlene
4-	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OMD	1	122,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Dirlene
5-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Dirlene
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	576,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	23/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	23/07/20 x Dirlene de Paula	CLINICA ODONTOLOGICA 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 341232 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7714261	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530751700000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ELISABETH GUIMARAES SANTOS 06/06/1971	( ) -	MARCO AURELIO BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(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	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00		S	24/07/20		
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	1	122,00	0,00		S	24/07/20		
3	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	24/07/20		
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 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
/ /	24/07/20	24/07/20	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

337714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7698068	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530751700000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISABETH GUIMARAES SANTOS 06/06/1971	( ) -	MARCO AURELIO BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	17/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
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
/ /	17/07/20 Tales Scherer	17/07/20	/ /

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 6808990

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330233
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7664000	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
00205290563000018 03	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIAS MIGUEL 15/07/1958	( ) -	LEONARDO MIGUEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(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
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	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
2	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OMV	1	122,00	0,00		S	03/07/20		
3	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
4	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
5	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOD	1	122,00	0,00		S	10/07/20		
6	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	10/07/20		
7	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	17/07/20		
8	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
9	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
10	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
11	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
12	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00		S	17/07/20		
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	927,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	17/07/20 Tales Scherer	17/07/20	/ / 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 338430

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7701053	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530745500000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EWELLIN PATRICIA IBERSS 30/09/2000	( ) -	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
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	17/07/20		Ewellin
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Ewellin
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Ewellin
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Ewellin
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Ewellin
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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
/ /	17/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	17/07/20 Ewellin	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

1X

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337712

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7698061	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253052323000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELTON JHONN LEITAO DE FREITAS 23/02/1987	( ) -	LEILIANE GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	16/07/20		ELTON J.
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	16/07/20		ELTON J.
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	16/07/20		ELTON J.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	16/07/20		ELTON J.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	16/07/20		ELTON J.
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	16/07/20 Tales Scherer	16/07/20 ELTON J.	/ /

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

marcada 24/07

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7710500	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530235000000010 1	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
06348165691 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	23	D	1	610,00	0,00		S	24/07/20		+ Ass
2	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	730,00	0,00		S	24/07/20		+ Ass
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	1340,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	24/07/20 Tales Scherer	24/07/20 + Ass	/ /

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 6606999

Assinar

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340460

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7710730	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800003003	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE ESTEVAN CORREIA 27/01/2004	( ) 3526-7528	JOSE NILSON CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	17/07/29		
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.

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
/ /	16/10/20	16/10/20	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-58
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7710463	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800000300 3	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE ESTEVAN CORREIA 27/01/2004	( ) 3526-7528	JOSE NILSON CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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-	19	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Felipe
2-	19	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Felipe
3-	19	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Felipe
4-	19	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/07/20		Felipe
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/Assinatura
/ /	16/07/20 Tales S Scherer	16/07/20 Felipe	/ /

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 6803990

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333420 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7679495	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252984380000303	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE ESTEVAN CORREIA 27/01/2004	( ) 3526-7528	JOSE NILSON CORREIA

Dados da Unidade Executante / Profissional

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
06348162691 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	3400	0,00		S	16/07/20		Felipe
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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	16/07/20 Felipe Estevan	/ / CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

assinar

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336840 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7694040	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530421700000101	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 Enviar - RX (I) 65100218

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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODV	1	122,00	0,00		S	09/07/20		Hellen
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
/ /	09/07/20	09/07/20 Hellen Vieira S	/ /

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 6[illegible]999

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330187
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663679	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
00205304217000000101	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	

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

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100218 (I) 85100226
(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	03/07/20		x Hellen
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	03/07/20		x Hellen
3-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	122,00	0,00		S	03/07/20		x Hellen
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	09/07/20		x Hellen
5-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODM	1	122,00	0,00		S	09/07/20		x Hellen
6-	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOMV	1	122,00	0,00		S	09/07/20		x Hellen
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		x Hellen
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	664,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	09/07/20 Tales Scherer	09/07/20 x Hellen P.S.	/ /

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 6838239

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

1X

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330309

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	26/06/20	AUTORIZADO	7664386	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
00202530585100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLA IRENE KUHN 20/08/1996	( ) -	VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN

Dados do 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	02/07/20		Isabella K.
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Isabella K.
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Isabella K.
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Isabella K.
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Isabella 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
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/24 x Isabella K.	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1226 - CNES 6803999

CONCLUÍDA

NX

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325313 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7638532	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
00202530392800000010 12	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSUE EDSON RODRIGUES 27/12/1974	( ) -	MARIZANA 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	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	03/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	03/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	03/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	03/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	03/07/20		
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
/ /	03/07/20 Tales Schere	03/07/2020 x Josue	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

marcada

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330167

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663605	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
00202527270800048201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARINA BRAGA ALENCAR	03/06/1980	( ) -	KARINA BRAGA ALENCAR

Dados do 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
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	14	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00		S	09/07/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
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	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 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
/ /	09/07/20 Tales Scherer	03/07/20	/ / 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 333541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7679980	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800048201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARINA BRAGA ALENCAR 03/06/1980	( ) -	KARINA BRAGA ALENCAR

Dados do 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) 82001294-38

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	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186	00	00	S	17/07/20		
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	186	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	17/07/20 Tales Scherer	17/07/2020	/ /

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

323425
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7629200	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
00202527827080004820 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARINA BRAGA ALENCAR	03/06/1980	( ) -	KARINA BRAGA ALENCAR

Dados do 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	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	HAID		1	360	0,00		S	15/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	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	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 Tales Scherer	15/06/20	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1006 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340273 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7709953	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530626200000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANO SOARES DA SILVA 11/01/1977	( ) -	LUCIANO SOARES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	610,00	0,00		S	23/07/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	610,00	0,00		S	23/07/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	610,00	0,00		S	23/07/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	610,00	0,00		S	23/07/20		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	610,00	0,00		S	23/07/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	610,00	0,00		S	23/07/20		
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	3660,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	23/07/20 Tales Scherer	23/07/2020	/ / 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

1X

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337065 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7695341	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530626200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANO SOARES DA SILVA	11/01/1977	( )	LUCIANO SOARES 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
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	16/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
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
/ /	16/07/20 Tales Scherer	16/07/20	/ /

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 690399

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341272

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7714446	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530552300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEILIANE GOMES DA SILVA 09/05/1991	( ) -	LEILIANE GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRD	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 CRD	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 Glose	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	24/07/20		Leiliane
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00		S	24/07/20		Leiliane
3-	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	24/07/20		Leiliane
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 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
/ /	24/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	24/07/20 Leiliane	/ /

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 337710 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7698060	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530523000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEILIANE GOMES DA SILVA 09/05/1991	( ) -	LEILIANE GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/07/20		Leiliane
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Leiliane
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Leiliane
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Leiliane
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Leiliane
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/07/20 Tales Scherer	17/07/20 Leiliane	/ / 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 338280

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7700348	11/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205308166000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LIZ LILIANA CRISTALDO VELAZQUEZ 30/10/1982	( ) -	LIZ LILIANA CRISTALDO VELAZQUEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	17/07/20		Liz
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Liz
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Liz
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Liz
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Liz
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	17/07/20 Tales Scherer	17/07/20 Liz Velazquez	/ /

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 333149
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7678144	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253070820000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANA APARECIDA ALCHAPAR 22/07/1983	( ) -	LUCIANA APARECIDA ALCHAPAR

Dados do 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	00,00		S	09/07/20		Fonciona
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	09/07/20		Fonciona
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	09/07/20		Fonciona
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	09/07/20		Fonciona
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	09/07/20		Fonciona
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	09/07/20 Tales Scherer	09/07/20 Fonciona	/ / 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

Odontlife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332807
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7676713	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000013701	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
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-Ctid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	24	ODMV	1	122,00	0,00		S	16/07/20		
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 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
/ /	16/07/20 Tales Scherer	20/07/20 x Marcia	CLINICA 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 323491 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7629498	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
0020252064870006050 1	POS REDE PRESTADORA	EXTRAMED ADMINISTRACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCO THULIO FERREIRA PERES 12/01/1994	( ) -	MARCO THULIO FERREIRA PERES

Dados do 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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/07/20		X
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/07/20		X
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/07/20		X
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/07/20		X
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/07/20		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 Contratada
/ /	03/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	03/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6908999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330226
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663941	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
00202528270801001370101	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 Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100218
(I) 85100218
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165910	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	82008589	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	730	0,00		S	10/07/20		
2-	00	82008589	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	730	0,00		S	10/07/20		
3-	00	82008589	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	730	0,00		S	10/07/20		
4-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122	0,00		S	10/07/20		
5-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MVP	1	122	0,00		S	10/07/20		
6-	00	85102626	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DVMP	1	122	0,00		S	10/07/20		
7-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVP	1	122	0,00		S	10/07/20		
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	707	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	10/07/20 Tales Scherer	10/07/20	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331586

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/06/20	03/07/20	AUTORIZADO	7671209	28/09/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300003601	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA DE LOURDES KLOCK 12/11/1973	( )	MARIA DE LOURDES KLOCK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/07/20		
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
/ /	03/07/20 Tales Scherer	03/07/20	/ /

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

IX

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325314 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7638533	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
00202530392800000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIZANA DA SILVEIRA 21/07/1985	( ) -	MARIZANA 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	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	340	0,00		S	03/07/20		x marizana
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	03/07/20		x marizana
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	03/07/20		x marizana
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	03/07/20		x marizana
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	03/07/20		x marizana
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	03/07/20 Dr. Tales Scherer	03/07/20 x marizana S.	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR [illegible]

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338170

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7699909	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530818600000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NARA ROSANE GOMES 30/11/1976	( ) -	NARA ROSANE 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	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	17/07/20		Nara
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	17/07/20		Nara
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	17/07/20		Nara
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	17/07/20		Nara
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	17/07/20		Nara
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	17/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	17/07/20 Nara	/ / 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 339079

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7704287	12/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800035401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
NAIARA PEREIRA ANDRADE 09/01/1994	( )	NAIARA PEREIRA 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	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 U/S	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	23/07/20		Naiara
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Naiara
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Naiara
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Naiara
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	23/07/20		Naiara
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U/S	47-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
/ /	23/07/20 Tales Scherer	23/07/20 Naiara P. Andrade	

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 6913099

CONCLUÍDA

1X

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330763 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7666740	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
0020252984380000300 02	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NATIELE CAROLINE CORREIA 18/11/1996	( ) 3526-7528	JOSE NILSON CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	02/07/20		Natiele
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Natiele
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Natiele
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Natiele
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Natiele
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/20 Natiele C. Correia	/ /

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 333199 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7678340	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800000302	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NATIELE CAROLINE CORREIA 18/11/1996	( ) 3526-7528	JOSE NILSON CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 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		00851002026	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOMV	1	122,00	0,00		S	06/07/20		
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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/07/20 Tales Scherer	06/07/20 Natiele C. Correia	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1[illegible] - CNES 9[illegible]

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330180

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663637	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
00202528270800032601	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 Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
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 Classe	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	10/07/20		xNeli
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	19/07/20		xNeli
3	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODV	1	122,00	0,00		S	10/07/20		xNeli
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	298,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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
/ /	10/07/20 Tales Scherer	10/07/20 Neli Pereira	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES [illegible]

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326431

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	25/06/20	AUTORIZADO	7643758	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
00205272276000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NICOLY NEVES DA SILVA 31/05/1997	(45) 8831-0540	NICOLY NEVES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 82001286-18 (I) 82001286-48
(I) 82001286-28
(I) 82001286-38

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	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361	00,00		S	02/07/20		xnicoly
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361	00,00		S	02/07/20		xnicoly
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361	00,00		S	02/07/20		xnicoly
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361	00,00		S	02/07/20		xnicoly
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	1444 00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/20 nicoly n. da silva	/ /

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 2800[illegible]

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340797

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7712162	15/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530830200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RODRIGO EVANGELISTA DA SILVA	29/10/1989	( ) -	RODRIGO EVANGELISTA 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) 85100218

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	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	880	0,00		S	24/07/20		Rodrigo
2-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODV	1	122	0,00		S	24/07/20		Rodrigo
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 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
/ /	24/07/20	24/07/20 Rodrigo	/ /

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

337715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7698071	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530830200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RODRIGO EVANGELISTA DA SILVA 29/10/1989	( )	RODRIGO EVANGELISTA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		Rodrigo
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Rodrigo
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Rodrigo
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Rodrigo
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Rodrigo
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	13/07/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	13/07/20 Rodrigo ES.	/ / 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 325813 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7640828	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
00202511178380003320202	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSIRENE SOARES DOS SANTOS 19/04/1976	( ) 30253122	MARCOS ROBERTO MARQUES

Dados do 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	02/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/07/20		
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
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/20	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
a tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330307
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7664384	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
00205282708000421101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSMEIRE DE OLIVEIRA PINTO 01/03/1989	( ) -	ROSMEIRE DE OLIVEIRA PINTO

Dados do 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	81005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	24/07/20		x Rosmeire
2	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	24/07/20		x Rosmeire
3	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	24/07/20		x Rosmeire
4	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	24/07/20		x Rosmeire
5	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	24/07/20		x Rosmeire
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	29/07/20 Tales Scherer	24/07/20 x Rosmeire	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - 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 330147 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663482	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
00202530396800001011	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 Closa	42-Assinatura
1	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	730	0,00		S	02/07/20		Simoni
2	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	730	0,00		S	02/07/20		Simoni
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	730	0,00		S	02/07/20		Simoni
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-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2190	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	02/07/20 Tales Scherer	02/07/20 x Simoni	/ /

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 333212 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	03/07/20	AUTORIZADO	7678406	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530606060000010101	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	610	0,00		S	09/07/20		x thiago
2	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	38		1	730	0,00		S	09/07/20		x thiago
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	1340	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	09/07/20 Tales Scherer	09/07/20 x thiago	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340829 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712325	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506443703000440401	POS REDE PRESTADORA	SINDARSPEN SIND AGENTES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDIR SESSI 28/03/1967	( ) -	VALDIR SESSI

Dados do 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) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05348166691 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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	35	ODV	1	122,00	0,00		S	24/07/20		
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 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
/ /	24/07/20 Tales Scherer	24/07/20	/ /

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338168
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7699901	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506443701000044001	POS REDE PRESTADORA	SINDARSPEN SIND AGENTES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDIR SESSI 28/03/1967	( ) -	VALDIR SESSI

Dados do 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
06348165691 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	17/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
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
/ /	17/07/20 Tales Scherer	17/07/20	/ / 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

OdontoLife

Assinar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333216 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7678433	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025827080000340 1	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-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340,00			S	26/06/20		Vilma
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360,00			S	26/06/20		Vilma
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360,00			S	26/06/20		Vilma
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360,00			S	26/06/20		Vilma
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360,00			S	26/06/20		Vilma
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	610,00			S	26/06/20		Vilma
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	610,00			S	26/06/20		Vilma
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3000,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 Operadora
/ /	26/06/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	26/06/20 Vilma	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNE

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

343741
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7725435	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025370773330000101303	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WALDEIR DOMINGUES DE OLIVEIRA 14/04/1982	( ) -	JEANE KARRISSE ALCARA PEDROSO

Dados do 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	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	000			31/07/20		
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	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), forlorarn realizado(a) com meu consentimento 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
	31/07/20	31/07/20	

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.736.890/0001-50
CRO/PR 1200 - CNES 5808099

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7750615	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380005640202	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EUGENIA MISKALO 23/03/1988	( ) -	ALLISON RAMIREZ

Dados do 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	31/07/20		MªEugênia
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	31/07/20		MªEugênia
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	31/07/20		MªEugênia
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	31/07/20		MªEugênia
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	31/07/20		MªEugênia
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	31/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	31/07/20 MariaEugênia	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808909

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

já é paciente Estevan marcações

313695
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7566328	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
00205297398000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOLANGE BEZERRA GALVAO 23/01/1980	( ) -	SOLANGE BEZERRA GALVAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	730	0,00		S	04/06/20		Solange
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	730	0,00		S	04/06/20		Solange
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34		1	730	0,00		S			
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DOM	1	1220	0,00		S	04/06/20		Solange
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	880	0,00		S	02/06/20		Solange
6	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPM	1	1220	0,00		S	02/06/20		Solange
7	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	880	0,00		S	02/06/20		Solange
8	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DP	1	880	0,00		S	02/06/20		Solange
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	880	0,00		S	02/06/20		Solange
10	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	43	DL	1	880	0,00		S	12/05/20		Solange
11	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OMV	1	1220	0,00		S	12/05/20		Solange
12	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	1220	0,00		S	12/05/20		Solange
13	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OM	1	880	0,00		S	12/05/20		Solange
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	12350	0,00	

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

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ 05.564.896/0001-50 CRO/PR 0206 - CNES 9008999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa*
/ /	31/07/20	31/07/20	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7750614	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202517838005641	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALLISON RAMIREZ 01/03/1969	( ) -	ALLISON RAMIREZ

Dados do 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		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	31/07/20		Allison
2		00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00	0,00	S	31/07/20		Allison
3		00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00	0,00	S	31/07/20		Allison
4		00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00	0,00	S	31/07/20		Allison
5		00853004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00	0,00	S	31/07/20		Allison
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 de tratamento, conforme 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. Autorize 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
/ /	31/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	31/07/20 Allison	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 5808096

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338608
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7701967	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800006101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO DA SILVA 18/10/1985	( ) -	THIAGO 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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	31/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	31/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	31/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	31/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	31/07/20		
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
/ /	31/07/20	31/07/20	/ /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ. nº 38.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343863

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	343863

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
311898	311898	AUTORIZADO	00202529834100000101 - KAROLIN RAPHAELA ANDRADE DOS SANTOS

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-	11/05/2020	16	O	M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	528,0	Pq autorizou a realização então? Glose antes de eu realizar o procedimento por favor.							
	0,00								
2-	11/05/2020	37	O		01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
	366,0	Pq autorizou a realização então? Glose antes de eu realizar o procedimento por favor. Restauração insatisfatória, infiltração marginal.							
	0,00								
3-	11/05/2020	28	O		01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
	366,0	Pq autorizou a realização então? Glose antes de eu realizar o procedimento por favor. Cárie de fácil visualização na imagem fotografica, se não consegue ver isso com a qualidade da foto que enviei, por favor, deixe de auditar.							
	0,00								
4-	/ /								
5-	/ /								
6-	/ /								

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
1260,00	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
11/05/2020		/ /	

Dr. Estevão Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6888999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340017
INTERCÂMBIO

1-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	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7708693	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE CAMARGO DOS SANTOS 01/12/1989	( ) -	ALINE CAMARGO 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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	610,00	0,00		S	31/07/20		Aline
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DO	1	88,00	0,00		S	31/07/20		Aline
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	VO	1	88,00	0,00		S	31/07/20		Aline
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-Cirodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2370,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
RG/FR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.236.896/0001-50
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
/ /	31/07/20	31/07/20 Aline	/ /

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343874

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: 343874

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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: 328607

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 328607

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529150200000102 - EDNA ELITA ARANHA

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

	20	28	30	21	22	23	24	25	26	27
1-	23/06/2020	10320	0000	21	V	01	94	85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL Segundo o proprio manual do credenciado de vcs, consta somente a necessidade de imagem inicial, a qual foi enviada, o procedimento foi autorizado e realizado. Não tenho problema em fazer a foto final, porem solicite no	3040
2-	/ /									
	/ /									
3-	/ /									
	/ /									
4-	/ /									
	/ /									
5-	/ /									
	/ /									
6-	/ /									
	/ /									

32 - Valor Total Recursado (R$): 10320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

34 - Data do Recurso: 24/06/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343874

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: 343874

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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: 328607

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 328607

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529150203000102 - EDNA ELITA ARANHA

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data da 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-	23/06/2020	21	V	01	94	85100064	FACETA DIRETA EM RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL	3040
	10320	Segundo o proprio manual do credenciado de vcs, consta somente a necessidade de imagem inicial, a qual foi enviada, o procedimento foi autorizado e realizado. Não tenho problema em fazer a foto final, porem solicite no						
	0000							
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								

32 - Valor Total Recursado (R$): 10320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

34 - Data do Recurso: 24/06/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343864

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuido pela: 343864

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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: 311914

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 311914

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529650200000101 - ALEX RICARD GENEROSO VIEIRA

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- 11/05/2020 | 18 | O,M | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
528,0
0,00
Pq autorizou previamente então?? Era só não autorizar a realização, e então eu não erderia tempo realizando o procedimento. Cárie presente na mesial, o acesso é por oclusal. Favor realizar o pagamento, pois o procedimento foi

2- 11/05/2020 | 28 | O | 01 | 94 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 3040
366,0
0,00
Pq autorizou previamente então?? Era só não autorizar a realização, e então eu não perderia tempo realizando o procedimento. Eu acho incrivel a capacidade de vcs de diagnosticar melhor do que eu, somente com uma imagem,

3- 11/05/2020 | 27 | O | 01 | 94 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE | 3040
366,0
0,00
Pq autorizou previamente então?? Era só não autorizar a realização, e então eu não perderia tempo realizando o procedimento. Eu acho incrivel a capacidade de vcs de diagnosticar melhor do que eu, somente com uma imagem,

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 1260,00

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 11/05/2020

35 - Assinatura do Prestador

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 5808999

Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343872

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: 343872

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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: 323715

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 323715

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529719300001001 - RAHVI DUARTE BATISTA

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- 12/06/2020 | 25 | V,O,M | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040

73,20

00,00

Realmente, face errada foi solicitada, o correto seria DOV. Restauração foi realizada nas faces corretas.

2- 12/06/2020 | 15 | D,O | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040

52,80

00,00

"sugere comprometimento pulpar"..... é sério isso? Dente vital, com restauração insatisfatória que nem estava tão proxima da polpa, foi realizado o tratamento restaurador, juntamente com proteção pulpar, dente permanece vital

3- 12/06/2020 | 16 | D,O | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040

52,80

00,00

Preciso circular a radiolucidez na distal do elemento 16? Acho que está bem visível. O acesso para realizar a escariação e restaurção foi por oclusal.

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 178,80

33 - Valor Total Acatado (R$): 00,00

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1906 - CNES 6908999

34 - Data do Recurso: 15/06/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343869

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: 343869

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 20852/PR - ESTEVAN SOARES SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código de Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 317991

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 317991

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530121000000101 - PRISCILA FREITAS NASCIMENTO

17 - Código de Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

| | | |

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343873

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	343873

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
325346	325346	AUTORIZADO	00202528840200000102 - HEMILY VITORIA GRANETTO MATTOS

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-	17/06/2020	RMID		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3081	8140	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									
2-	17/06/2020	RMIE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3081	8140	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									
3-	17/06/2020	RMSE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3081	8140	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									
4-	17/06/2020	RMSD		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	3081	8140	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									
5-	17/06/2020	48		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	3081	21660	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									
6-	17/06/2020	38		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	3081	21660	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									
7-	17/06/2020	28		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	3081	21660	0000
	Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.									

...ação do Procedimento ...Glosado ...or Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
8- 17/06/2020	18		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	3081
21660							
000							

29 - Justificativa do Prestador

Rx inicial foi anexado no momento da solicitação do tratamento, como consta nos prints enviados agora. Procedimento foi realizado conforme autorização prévia. Glosa absurda registrada, espero não ser recorrente.

31 - Justificativa da Operadora

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
900,00	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
17/06/2020			

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20832

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1296 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343871

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: 343871

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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: 323511

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 323511

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202528270800015201 - ROSANGELA ASSUNCAO DE MELLO MARTINS

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
26 - Valor Recursado
29 - Justificativa do Prestador
30 - Valor Acatado
31 - Justificativa da Operadora

	20	21	22	23	24	25	26	27	26	30
1-	12/06/2020	113		01	94	82009211	GENGIVECTOMIA	3067	8640	0000
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

Nas regras do plano não é solicitado imagem final do procedimento, somente justificativa para autorização previa, o qual foi enviado, e foi autorizado. Rx final, segundo suas proprias regras, é somente requerido em casos de

32 - Valor Total Recursado (R$): 8640

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 15/06/2020

35 - Assinatura do Prestador:

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6803999

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

343870

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 343870

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738960001501

7 - Nome do Contratado: 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: 320068

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 320068

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202500001000030102 - EDUARDA CRISTINA P MATTJE

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

	20	21	22	23	24	25	26	28	30	27
1-	03/06/2020	RMID		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8400	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									
2-	03/06/2020	RMIE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8400	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									
3-	03/06/2020	RMSE		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8400	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									
4-	03/06/2020	RMSD		01	94	81000421	RX PERIAPICAL	8400	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									
5-	03/06/2020	48		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	21660	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									
6-	03/06/2020	38		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	21660	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									
7-	03/06/2020	28		01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	21660	0000	3081
	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.									

8-	20 - Data do Procedimento / Data Acatado	21 - Dente/Região 22 - Face 29 - Justificativa do Prestador 31 - Justificativa da Operadora	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
	03/06/2020	18	01	94	82001286	REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS	3081
	21/06/20	Rx inicial foi enviada no momento de solicitação do tratamento, como comprovado no print. Procedimento foi autorizado para realização baseado no rx inicial enviado, e então foi executado. Glosa absurda que está registrada.					
	00/00/00						

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
900,00	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
05/06/2020			

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20832

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

343868

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3438681

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 20852/PR - ESTEVAN SOARES SCHERER

Dados do Retorno 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: 315571

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 315571

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529150200000102 - EDNA ELITA ARANHA

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

1- 21/05/2020 | 46 | D,O,M | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
7320 | Possivel visualizar no exame BW descontinuidade de esmalte proximal, elemento com cárie em esmalte. Procedimento foi autorizado para execução, e realizado
000

2- 21/05/2020 | 47 | M,O | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
5280 | Possivel visualizar no exame BW descontinuidade de esmalte proximal, elemento com cárie em esmalte. Procedimento foi autorizado para execução, e realizado
000

3- 21/05/2020 | 11 | P,M | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
5280 | concordo com a glosa, solicitado o elemento errado.
000

4- 21/05/2020 | 15 | D,O | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
5280 | Elementos com ponto de contato frouxo, grande impacção de alimentos, paciente não consegue higienizar corretamente, gengiva interproximal constantemente inflamada. Realizada a restauração para aproximar o contato.
000

5- 21/05/2020 | 16 | O,M | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
5280 | Elementos com ponto de contato frouxo, grande impacção de alimentos, paciente não consegue higienizar corretamente, gengiva interproximal constantemente inflamada. Realizada a restauração para aproximar o contato.
000

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 2644,0

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 04/06/2020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1906 - CNES 6808999

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343867

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuido pela Operadora: 34386 7

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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 - Numero da Guia no Prestador: 315191

14 - Numero da Guia Atribuido pela Operadora: 315191

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202524961200005602 - AMANDA TRINIDAD VILLALBA DE VIEIRA

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/Regido	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-	20/05/2020	45	D.O.M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3040
	7320	Concordo com relação a estrutura dental duvidosa no momento, porem elemento dental não esta com grande mobilidade, e jutamente com o paciente, decidimos por restaura-lo e fazer a manutenção por mais tempo, o						
	0000							
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 20/05/2020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6888999

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343866

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	343866

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
314256	314256	AUTORIZADO	00202528270800014501 - FERNANDA ALVES DE LIMA

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-	18/05/2020	17	O	D	P	01	94	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
	7320	Região palatina com desmineralização de esmalte a partir da restauração de amalgama, preparo se estendendo até região palatina.								
	000									
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
7320	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
20/05/2020			

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343865

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	3438655

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
313504	313504	AUTORIZADO	00202528426200000101 - GILMARA DE SOUZA DUARTE

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- 15/05/2020 | 24 | O,D | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Não entendi o motivo da glosa, havia escrito na guia o motivo da substituição, foi removido a restauração antes presente, e refeita, melhorando o pto de contato, deixando-a com a correta adaptação. Procedimento foi autorizado

2-

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
52,80	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
15/05/2020			

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR

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 340014

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	18/07/20	AUTORIZADO	7708685	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE CAMARGO DOS SANTOS 01/12/1989	( ) -	ALINE CAMARGO 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

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	

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

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	17	PO	1	88	0,00		S	30/07/20		Aline
2	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122	0,00		S	30/07/20		Aline
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88	0,00		S	30/07/20		Aline
4	00	82000921	GENGIVECTOMIA	S4		1	144	0,00		S	30/07/20		Aline
5	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88	0,00		S	30/07/20		Aline
6	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMV	1	122	0,00		S	30/07/20		Aline
7	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOV	1	122	0,00		S	30/07/20		Aline
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88	0,00		S	30/07/20		Aline
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	862,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	30/07/20	30/07/20 Aline	/ /

(Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852)

UNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.753.896/0001-50 RO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7696195	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528381200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
JOSE VICTOR SPANCERSKI 21/01/1989	( ) -	JOSE VICTOR SPANCERSKI

Dados do 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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/07/20		
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
/ /	30/07/20	30/07/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340021
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7708737	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507517171000262202	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MELISSA MENEGUETTI SANTOS 24/02/2002	( ) -	ELIAMAR MENEGUETTI

Dados do 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) 82001286-28 (I) 81000421-
(I) 82001286-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-48 (I) 81000421-

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	30/07/20		Melissa MS
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	30/07/20		Melissa MS
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S			
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S			
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	30/07/20		Melissa MS
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	30/07/20		Melissa MS
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1125,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	30/07/20	30/07/20 Melissa MS	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 02.738.896/0001-50

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341137

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7713775	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE CAMARGO DOS SANTOS	01/12/1989	( ) -	ALINE CAMARGO 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	

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) 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 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	VOM	1	122,00	0,00		S	29/07/20		
2	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MO	1	88,00	0,00		S	29/07/20		
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	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 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 Operadora
/ /	29/07/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista (CRO/PR 20852)	29/07/20	/ /

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-30
CRO/PR 1206 - CNES 6808099

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339380

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7705834	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530261000000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUSTAVO VINICIUS SOMERA DE OLIVEIRA 21/11/2011	( ) -	JEFFERSON CARLOS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100218
(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	83008989	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	730	0,00		S	28/07/20		ROSANE
2	00	83008989	EXODONTIA SIMPLES DE	74		1	730	0,00		S	28/07/20		ROSANE
3	00	84008974	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	490	0,00		S	20/07/20		ROSANE
4	00	84008974	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	490	0,00		S	20/07/20		ROSANE
5	00	84008974	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	490	0,00		S	20/07/20		ROSANE
6	00	84008974	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	490	0,00		S	20/07/20		ROSANE
7	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OMP	1	1220	0,00		S	20/07/20		ROSANE
8	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	64	DO	1	880	0,00		S	20/07/20		ROSANE
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	65	DO	1	880	0,00		S	20/07/20		ROSANE
10	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	83	V	1	610	0,00		S	21/07/20		ROSANE
11	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	610	0,00		S	21/07/20		ROSANE
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7620	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	28/07/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	28/07/20 ROSANE C. SOM	/ /

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 328754

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7656694	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
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	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) 82001286-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-18 (I) 82001286-48 (I) 81000421-
(I) 82001286-28 (I) 81000421- (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	17/07/20		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MO	1	880	0,00		S	17/07/20		
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361	0,00		S			
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361	0,00		S	17/07/20		
5	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361	0,00		S	17/07/20		
6	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361	0,00		S			
7	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	140	0,00		S			
8	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	140	0,00		S	17/07/20		
9	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	140	0,00		S	17/07/20		
10	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	140	0,00		S			
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	16200	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	17/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	17/07/20 Cinthia Freitas	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1208 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340704

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7711845	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530781800000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ETELVINA SANTOS PRADO 16/02/1963	( ) -	JAMESSON BORRALHO PAES DE BARROS FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/07/20		
2		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S			
3		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S			
4		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	28/07/20		
5		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	28/07/20		
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
/ /	28/07/20 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	28/07/20 Etelvina	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 339602 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706841	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529507000000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA JULIA HANSEN CAVALCANTE 24/07/2004	( ) -	TATHIANE HANSEN 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	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
05564644494848	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	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
7	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
8	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	29/07/20		Ana Julio
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1500,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/07/20 Ana Julio	/ / LONDRINA-PR CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1266 CNES 6808099

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343192
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7723161	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205304070000010 4	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON LUIZ REIS MACIEL 27/03/1975	( ) -	SELMIRA BERGHAHN MACIEL

Dados do 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	81200875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	730	000		S	29/07/20		
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 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
/ /	29/07/20	29/07/20	/ /

Estefane Soares Scherer
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1206 - CNES 6808909

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333815

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7681146	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202500010008101	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FAWEZ FARHAT	16/03/1965	( ) -	FAWEZ FARHAT

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	06/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	06/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	06/07/20		
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	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 satisfatoria. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

ALTERADA QUANTIDADE DE USO DO ATO 81000065 ATRAVES DA TELA DE AJUSTES E VERIFICADOS

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista RO/PR 20852	06/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.228.896/0001-50 RO/PR 20852 CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7711270	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205305535000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ELLEN JESSEN DE FREITAS 19/05/1987	( )	ELLEN JESSEN DE FREITAS

Dados do 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
05564544948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

(I) 85100200

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

(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	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		Ellen
2	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		Ellen
3	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		Ellen
4	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		Ellen
5	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	16/07/20		Ellen
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	38	VO	1	88,00	0,00		S	21/07/20		Ellen
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VO	1	88,00	0,00		S	21/07/20		Ellen
8	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	21/07/20		Ellen
9	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	24/07/20		Ellen
10	00	85102001	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	24/07/20		Ellen
11	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	24/07/20		Ellen
12	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	88,00	0,00		S	24/07/20		Ellen
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	840,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	24/07/20	24/07/20 Ellen Jessen	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.896/0001-50
CRO/PR 1906 - CNES 5806058

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343863

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: 343863

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738960001501

7 - Nome do Contratado: 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: 311898

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 311898

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529834100000101 - KAROLIN RAPHAELA ANDRADE DOS SANTOS

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

	20	28	30	21	22	23	24	25	26	27
1-	11/05/2020	52,80	0,00	16	O,M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES Pq autorizou a realização então? Glose antes de eu realizar o procedimento por favor.	3040
2-	11/05/2020	36,60	0,00	37	O	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE Pq autorizou a realização então? Glose antes de eu realizar o procedimento por favor. Restauração insatisfatória, infiltração marginal.	3040
3-	11/05/2020	36,60	0,00	28	O	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE Pq autorizou a realização então? Glose antes de eu realizar o procedimento por favor. Cárie de fácil visualização na imagem fotografica, se não consegue ver isso com a qualidade da foto que enviei, por favor, deixe de auditar.	3040
4-	/ /									
5-	/ /									
6-	/ /									

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6888999

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

32 - Valor Total Recursado (R$): 126,00

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 11/05/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343862

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: 3438622

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 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: 309159

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 309159

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529660400000102 - EDIVAN ALEXANDRE DE SOUZA

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

	20	28 / 30	21 / 29 / 31	22	23	24	25	26	27
1-	28042020	7320 0000	16	D,O,V	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES Bom é que não solicite I a face M. Quer ser auditor, audite com atenção.	3040
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 01072020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6303999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7701086	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528724900000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA MELISSA BARBOSA FELDMAN 01/05/2010	( ) -	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	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
2-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	15		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
3-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	25		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
4-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
5-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
6-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	35		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
7-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	45		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
8-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	24/07/20		Jessico
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/07/20	24/07/20 Jessico	

Dra. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 37.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6896909

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338436

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7701068	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528724900000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA MELISSA BARBOSA FELDMAN 01/05/2010	( ) -	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	81005065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		Jessico
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	13/07/20		Jessico
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/07/20	13/07/20 Jessico	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338439

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7701069	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205287249000001014	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ENZO MICHEL BARBOSA FELDMAN 08/01/2008	( ) -	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
05564644944948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		Físico
2-	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	13/07/20		Físico
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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/07/20	13/07/20 Físico	

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ 10.[illegible]/0001-50
CRO/PR [illegible] CNES [illegible]

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338434
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7701063	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528724900001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MICHEL AUGUSTO FELDMAN 27/10/1981	( ) -	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	13/07/20		Jessica
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	13/07/20		Jessica
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	13/07/20		Jessica
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	13/07/20		Jessica
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	13/07/20		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. Autorize a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/07/20 Jessica	13/07/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.396/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806780

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339896

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7708003	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528358351060101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VLADIMIR MADRUGA 22/05/1971	( ) -	VLADIMIR MADRUGA

Dados do 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	23/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	23/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	23/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	23/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	23/07/20		
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 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
/ /	23/07/20	23/07/20 - Vladimir	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.50[illegible] CRO/PR 1206[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339249
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7705343	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530720200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUILHERME DA SILVA DUBIELA 06/02/1992	( ) -	GUILHERME DA SILVA DUBIELA

Dados do 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	23/07/20		Guilherme
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	23/07/20		Guilherme
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	23/07/20		Guilherme
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	23/07/20		Guilherme
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	23/07/20		Guilherme
6	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	730	0,00		S	23/07/20		Guilherme
7	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	730	0,00		S	23/07/20		Guilherme
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3240	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	23/07/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	23/07/20 Guilherme S. Dubiela	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6903099

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326380
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7643454	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
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	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) 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	85202000 18	CLAREAMENTO DO DENTE	21		1	390,00	0,00		S	22/07/20		
2-	00	85102002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMI	1	122,00	0,00		S	22/07/20		
3-	00	85102002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIM	1	122,00	0,00		S	22/07/20		
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	634,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	22/07/20	22/07/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista

SCHERER ODONTOLÓGICA LTDA
CNPJ. 07.736.896/0001-58
CRO/PR 1206

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342293 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7718908	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDERSON DE ASSIS FERREIRA SILVA 29/08/1995	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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
Enviar - RX
(I) 82001286-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-48
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	21/07/20		Ederson
2-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	21/07/20		Ederson
3-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	21/07/20		Ederson
4-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	21/07/20		Ederson
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	21/07/20		Ederson
6-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	21/07/20		Ederson
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	896,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/07/20	21/07/20 Ederson	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Prof. Alexandra

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339895

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7708001	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800043901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YARA CHRISTIANE DE OLIVEIRA METZ 21/04/1990	( ) -	YARA CHRISTIANE DE OLIVEIRA METZ

Dados do 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	22/07/20		Yara
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/07/20		Yara
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/07/20		Yara
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/07/20		Yara
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/07/20		Yara
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 Soares Scherer
Ortodontia Dentística
CRO/PR 20852

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
/ /	22/07/20	22/07/20 Yara	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7711183	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270803730101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARLA TUANY LOPES FERREIRA 03/06/1993	( ) -	KARLA TUANY LOPES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	25		1	73,00	0,00		S	22/07/20		
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 esclarecida sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	22/07/20	22/07/20	/ /

Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ. 07.438.899/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343106

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7722687	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205204865000010101	POS REDE PRESTADORA	SILVIA VIVIANE DA SILVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SILVIA VIVIANE DA SILVA 03/11/1978	(45) 3576-8096	SILVIA VIVIANE 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
05564644949848	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/07/20		
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
/ /	22/07/20 Dr. Estevan Soares Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	22/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.[illegible].896/0001-50 CRO/PR [illegible]6 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

342260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7718764	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205307025000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE DE ASSIS MARQUES 23/10/1968	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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
05564644941848	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) 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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6100	0,00		S	21/07/20		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	LD	1	8800	0,00		S	21/07/20		
3	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	IMV	1	1220	0,00		S	21/07/20		
4	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MDV	1	1220	0,00		S	21/07/20		
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	3930	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/07/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	21/07/20	SCHERER ODONTOLÓGICA LTDA. CNPJ: 04.788.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 334118
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	07/07/20	AUTORIZADO	7682376	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080003870 1	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
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200
(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
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	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	02/07/20		Leticia
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	02/07/20		Leticia
3	00	82000921	GENGIVECTOMIA	S1		1	144,00	0,00	0,00	S	02/07/20		Leticia
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	02/07/20		Leticia
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	20/07/20		Leticia
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	20/07/20		Leticia
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	20/07/20		Leticia
8	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00	0,00	S	21/07/20		Leticia
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00	0,00	S	21/07/20		Leticia
10	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	21/07/20		Leticia
11	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	14/07/20		Leticia
12	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	14/07/20		Leticia
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	989,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	21/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	21/07/20 Leticia Dias	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES [illegible]

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7710968	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527270800042801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SILVIA PEREIRA DE OLIVEIRA 28/03/1972	( ) -	SILVIA PEREIRA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/07/20		Silvia
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Silvia
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Silvia
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Silvia
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Silvia
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	21/07/20	21/07/20 Silvia	/ /

Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
RO/PR 1206 - CNES 6808909

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341666

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7715999	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530131400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DJULLY BARBI FURQUIM ALVES 29/07/1997	( ) -	DJULLY BARBI FURQUIM 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	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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/07/20		
2		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		
3		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		
4		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/07/20		
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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/07/20	21/07/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
RG 13.203.209-6

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.890/0001-00
CRO/PR 1206

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338737
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7702664	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530823200000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCINEI DOS SANTOS 04/06/1984	( ) -	LUCINEI 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	20652	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	20652	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Executados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/07/20		Lucinei
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Lucinei
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Lucinei
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Lucinei
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Lucinei
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	21/07/20	21/07/20 - Lucinei	

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR

UNIDADE ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-59
CRO/PR 1205 - CNES 6839[illegible]

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338607

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7701966	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530823200000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VERONICA ALVES DOS SANTOS 09/05/1985	( ) -	LUCINEI DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/07/20		Veronico
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Veronico
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Veronico
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Veronico
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/07/20		Veronico
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	21/07/20	21/07/20 Veronico Santos	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.[illegible]18.896/0001-57
CRO/PR 1266 - CNES 6698[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F

339917
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7708128	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080000950 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDEMIR GAUTO 29/08/1985	( ) -	VALDEMIR GAUTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
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
/ /	16/07/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 05.[illegible].896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES [illegible]

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

341097
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7713511	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE DE ASSIS MARQUES 23/10/1968	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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
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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	29/07/20		
2-	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	33	MVL	1	122,00	0,00		S	29/07/20		
3-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00		S	29/07/20		
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	256,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/07/20	29/07/20	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.906/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6908590

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332444 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7675318	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530131400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DJULLY BARBI FURQUIM ALVES 29/07/1997	( ) -	DJULLY BARBI FURQUIM 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	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	14/07/20		Djully
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
/ /	14/07/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	14/07/20 Djully	/ / 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 336962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7694727	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531013140000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DJULLY BARBI FURQUIM ALVES	29/07/1997	( ) -	DJULLY BARBI FURQUIM 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	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
05564644944 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OM	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
2	00	82008758	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	09/07/20		Djully
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
5	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MP	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
6	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPM	1	122,00	0,00		S	09/07/20		Djully
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
9	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	88,00	0,00		S	09/07/20		Djully
10	00	82008758	EXODONTIA SIMPLES DE	35		1	73,00	0,00		S	09/07/20		Djully
11	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	09/07/20		Djully
12	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOV	1	122,00	0,00		S	09/07/20		Djully
13	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	122,00	0,00		S	09/07/20		Djully
14	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		Djully
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1250,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 prestador contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

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
/ /	20/07/20	20/07/20 Djully	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 334124

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	03/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7682391	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253034490000010101	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 Enviar - RX
(I) 85100200 (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
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	02/07/20		SEONIR
2-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	88,00	0,00		S	02/07/20		SEONIR
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00		S	02/07/20		SEONIR
4-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DPM	1	122,00	0,00		S	02/07/20		SEONIR
5-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DPM	1	122,00	0,00		S	02/07/20		SEONIR
6-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPM	1	122,00	0,00		S	02/07/20		SEONIR
7-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DPM	1	122,00	0,00		S	02/07/20		SEONIR
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	710,00	0,00	

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

49-Observação

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 5885009

50-Data, local e Assinatura do 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
/ /	02/07/20	02/07/20 - SEONIR	/ /

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336364
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7691808	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530781800000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
JAMESSON BORRALHO PAES DE BARROS FILHO 30/07/1990	( ) -	JAMESSON BORRALHO PAES DE BARROS FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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	17/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
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
/ /	17/07/20	17/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7691822	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530781800000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MIRIA FERREIRA LIMA PAES DE BARROS 19/11/1990	( ) -	JAMESSON BORRALHO PAES DE BARROS FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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	17/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	17/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	17/07/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-30 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333186
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	02/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7678269	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530182300000010 2	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 U/S	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	14		1	73,00	0,00		S	16/07/20		
2	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00		S	16/07/20		
3	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	34		1	73,00	0,00		S	16/07/20		
4	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	73,00	0,00		S	16/07/20		
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 U/S	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	292,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
. Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), anexar Carta de Autorização dos pais/responsáveis para as solicitações de exodontias, será visto na produção.

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
/ /	16/07/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/07/20	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338869
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	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7703350	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530738500001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDER LUCIANO NEGRINI DE SANTANA 17/11/1982	( ) -	EDER LUCIANO NEGRINI 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	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	16/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
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
/ /	16/07/20	16/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO/PR 11206 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336834

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7694001	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529507000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ANA JULIA HANSEN CAVALCANTE 24/07/2004	( ) -	TATHIANE HANSEN 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	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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	26	OM	1	880	0,00		S	15/07/20		Ana Julia
2-	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	0,00		S	16/07/20		Ana Julia
3-	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	16/07/20		Ana Julia
4-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	880	0,00		S	15/07/20		Ana Julia
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	2980	0,00	,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/07/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/07/20 Ana Julia Hansen	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808899

OdontoLife
Intranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336899

1-Registro ANS: 406414 | 3-Data de Emissão da Guia: 09/07/20 | 4-Data de Autorização: 10/07/20 | 5-Senha: AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal: 7694423 | 7-Data Validade da Senha: 07/10/20 | INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00202508301300000010101 | 9-Plano: POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira: / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: SERGIO HENRIQUE SCHOSLER 21/04/1984 | 14-Telefone: ( ) - | 15-Nome do titular do plano: SERGIO HENRIQUE SCHOSLER

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:

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:

026- Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/07/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação:

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: 15/07/20 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/07/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa:

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6865100

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338867
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7703346	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117788380006120 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFFER ARIANA PAREDES RODRIGUES 25/01/1984	( ) -	JENNIFFER ARIANA PAREDES 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
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	15/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/07/20		
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
/ /	15/07/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR	20/07/20	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.806/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337154

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7695818	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527270800016601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MONIQUE HELLEN DE CAMARGO 01/06/1990	( ) -	MONIQUE HELLEN 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	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	15/07/20		- monique
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/07/20		- monique
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/07/20		- monique
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/07/20		- monique
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/07/20		- monique
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	15/07/20 Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	15/07/20 - monique	/ /

Dr. Estevan Scherer

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1266 - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7697372	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800050001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESA MARIA PEREIRA BARTH 31/08/1995	( ) -	ANDRESA MARIA PEREIRA BARTH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		Andresa
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Andresa
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Andresa
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Andresa
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Andresa
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	13/07/20 Andresa Barth	/ / 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 336362

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7691806	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530738500000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANA AMARAL NEGRINI DE SANTANA 04/05/1978	( ) 9906-6967	EDER LUCIANO NEGRINI 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	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-Assatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
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
/ /	13/07/20	13/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 0000000

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325660

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7640055	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
00202530407700000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON LUIZ REIS MACIEL 27/03/1975	( ) -	SELMIRA BERGHAHN MACIEL

Dados do 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	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		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	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 o atendimento, 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 Executante
/ /	17/06/2020 Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	17/06/20	/ / CRO/PR 1206 - CNES 6886699

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

333388
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7680614	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253058510000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DARLENE BRIGIDA ALBERTUNI KUHN 01/02/1976	( ) -	VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
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
/ /	13/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	13/07/20	/ / 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 333387 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7679335	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530585100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN 31/03/2000	( ) -	VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/07/20		Vinicios
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Vinicios
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Vinicios
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Vinicios
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		Vinicios
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	13/07/20 Vinicios Kuhn	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES [illegible]

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

334437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7683519	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528724900000010105	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	13/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/07/20		
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
/ /	13/07/20	13/07/20	

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335942

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7690290	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500001014	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATHELLYN KAROLLYNE ASSIS MARTINS 01/06/2010	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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
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
05564648494818	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	OP	1	88,00	0,00		S	09/07/20		
2-	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	09/07/20		
3-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		
4-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		
5-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		
6-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	09/07/20		
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	420,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	09/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista RO/PR 20852	09/10/07/20	/ / SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-30 RO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333535
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7679951	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380001320202	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAMILA SAVIATTO MANCIO DE CAMPOS 03/12/2016	( ) 99684-0905	JONATAS MANCIO DE CAMPOS

Dados do 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	81006006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/07/20		
2	00	84009009 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	10/07/20		
3	00	81006001 4	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	10/07/20		
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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/07/20 Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	10/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

vacinar arrancar dente de leite

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333463

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	02/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7679674	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380001320 3	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MILENA SAVIATTO MANCIO DE CAMPOS 23/05/2009	( ) 9968-0905	JONATAS MANCIO DE CAMPOS

Dados do 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	10/07/20		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	10/07/20		
3	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	73		1	73,00	0,00		S	10/07/20		
4	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	83		1	73,00	0,00		S	10/07/20		
5	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84		1	73,00	0,00		S	10/07/20		
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	10/07/20		
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	14		1	49,00	0,00		S	10/07/20		
8	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	10/07/20		
9	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	10/07/20		
10	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	10/07/20		
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-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	570,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/07/20 Dr. Estevan Schierer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	09/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-30 CRO/PR 1206

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

pac

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333682
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7680641	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529496700000201	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SUELI NAZARO SILVERIO 08/10/1969	( ) -	SUELI NAZARO SILVERIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00		S	10/07/20		Sueli
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	10/07/20		Sueli
3	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	10/07/20		Sueli
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 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
/ /	10/07/20	10/07/20 Sueli	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 67.738.896/0001-50
CRO/PR 1505 - CNES 6805999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Val

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333681

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7680631	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529496700000202	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS NAZARIO SILVERIO 10/10/2005	( ) -	SUELI NAZARO SILVERIO

Dados do 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	16	O	1	61,00	0,00		S	10/07/20		Vinicius
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	10/07/20		Vinicius
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
/ /	10/07/20	10/07/20 Vinicius	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.558.896/0001-50
CRO/PR 1406 - CNES 6805099

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335638
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7688963	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530762100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE KREULICH 17/09/2000	( ) -	FELIPE KREULICH

Dados do 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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	10/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	10/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	10/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	10/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	10/07/20		
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
/ /	10/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	10/07/20 Felipe Kreulich	/ /

ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA. ODONTOLOGICA
CNPJ: 07.738.995/0001-50
CRO/PR 12052 INSCR. ESTADUAL 6508999

1x Uni - ficha feita Estevan 2-Nº

OdontoLife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

313255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/05/20	15/05/20	AUTORIZADO	7563292	12/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082708000427 01	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAMILA FERNANDES LISBOA 26/03/1991	( ) -	CAMILA FERNANDES LISBOA

Dados do 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	09/07/20		camila
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/07/20		camila
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/07/20		camila
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/07/20		camila
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/07/20		camila
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	09/07/20	09/07/20 camila	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.75[illegible]896/0001-50
CRO/PR [illegible] - CNES 5808909

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

IX

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

331452
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	7670333	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511434309000117701	POS REDE PRESTADORA	PRESTIGE INCORPORACAO E	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DIANA 09/10/1982	( ) -	DIANA

Dados do 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
05564644949488	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	29/06/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	29/06/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	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	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

ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA.
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.738.990/0001-50
CRO/PR 12064 - CNES 6805999

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

1 K

OdontoLife
Franquia fácil para você fazer

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331254

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	01/07/20	AUTORIZADO	7669239	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530211500001401	POS REDE PRESTADORA	POSTO DE SERVICOS DAMO EIRELI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TIAGO FRANCO KRELING 02/05/1993	( ) -	TIAGO FRANCO KRELING

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	09/07/20		- Tiago Franco
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/07/20		- Tiago Franco
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/07/20		- Tiago Franco
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/07/20		- Tiago Franco
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/07/20		- Tiago Franco
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	09/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	09/07/20 Tiago Franco Kreling	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 RO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7676958	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530553500000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELLEN JESSEN DE FREITAS 19/05/1987	( ) -	ELLEN JESSEN DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	08/07/20		Ellen
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Ellen
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Ellen
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Ellen
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Ellen
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CROPR 20852	08/07/20 Ellen Jessen	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6880099

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

325121
INTERCAMBIO

1-Registro 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	7637235	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
00202530429100000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANO RODRIGUES DA SILVA 12/08/1984	( )	UELIDA PAMELA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/02/20		Fabiano
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/02/20		Fabiano
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/02/20		Fabiano
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/02/20		Fabiano
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/02/20		Fabiano
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	08/02/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista	08/02/20 Fabiano	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6886699

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 334666

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7684434	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE CAMARGO DOS SANTOS 01/12/1989	( ) -	ALINE CAMARGO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	06/07/20		Aline
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	06/07/20		Aline
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	06/07/20		Aline
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	06/07/20		Aline
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	06/07/20		Aline
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 Contratada
/ /	06/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	06/07/20 Aline	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6809909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332966 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7677498	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
KATHELLYN KAROLLYNE ASSIS MARTINS 01/06/2010	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		S	08/07/20		Roseane
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00,00		S	08/07/20		Roseane
3	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70	00,00		S	08/07/20		Roseane
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 referente 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, Carimbo e Assinatura
/ /	08/07/20	08/07/20 Roseane A.F. Silva	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332963

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7677495	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEANE ASSIS FERREIRA SILVA 10/04/1991	( )	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/07/20		Roseane
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Roseane
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Roseane
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Roseane
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	35,00	0,00		S	08/07/20		Roseane
6-										S	08/07/20		Roseane
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 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
/ /	08/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	08/07/20 Roseane A. F. Silva	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6805909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332967 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7677508	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDERSON DE ASSIS FERREIRA SILVA 29/08/1995	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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
05564644494 8	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	08/07/20		Estevan
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Estevan
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Estevan
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Estevan
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	08/07/20		Estevan
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	08/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	06/07/20 Estevan	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 331360 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	7669797	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
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	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	17	OM	1	88,00	0,00		S	08/07/20		
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DO	1	88,00	0,00		S	08/07/20		
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 do tratamento, conforme acima apresentado, concordo 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(sse) documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Executante
/ /	08/07/20	08/07/20	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6608099

IX

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332868 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	02/07/20	AUTORIZADO	7676966	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530553500000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDNELSON NASCIMENTO VIEIRA BERNARDO 18/02/1981	( ) -	ELLEN JESSEN DE FREITAS

Dados do 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	02/07/20		EDNELSON
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	02/07/20		EDNELSON
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	02/07/20		EDNELSON
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	02/07/20		EDNELSON
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	02/07/20		EDNELSON
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA ESTEVAN 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
/ /	02/07/20	02/07/20 EDNELSON	/ /

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	7675163	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205305980800001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONAN GARCIA DOS SANTOS 30/08/2007	( ) -	ROSIMERI DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/07/20		- Leleo
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	09/07/20		- Leleo
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	09/07/20		- Leleo
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	09/07/20		- Leleo
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	09/07/20		- Leleo
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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
/ /	09/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	09/07/20 Leleo	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1906 - CNES 6618999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

12

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

332410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	7675162	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530598980000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSIMERI DOS SANTOS 11/02/1997	( ) -	ROSIMERI DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/07/20		Rosimeri S.
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Rosimeri S.
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Rosimeri S.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Rosimeri S.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/07/20		Rosimeri S.
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado 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
/ /	02/07/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/07/20 Rosimeri S.	/ / 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 334782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	07/07/20	AUTORIZADO	7685035	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252979370000001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FAREK FADLALLAH ABOU ALI 05/02/1998	( ) -	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	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	02/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	02/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	02/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	02/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	02/07/20		
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 do Estabelecimento
/ /	02/07/20	02/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328096
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7651280	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
00202582708004080 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NELMA WANESSA SOARES DE ALMEIDA 03/03/1982	( ) -	NELMA WANESSA SOARES DE ALMEIDA

Dados do 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		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	000		S	26/07/20		
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	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 assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento 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
/ /	26/07/20	26/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 7206 - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª via

328658
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	25/06/20	AUTORIZADO	7656133	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
00202529748600000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA GABRIELA MACHADO MOREIRA 30/06/2012	( ) -	GILSON SANTOS 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	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		Bruno
2 -	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	23/06/20		Bruno
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 pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/09/20	23/06/20 Bruno	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.638.896/0001-50
CRO/PR 206 - CNES 6809999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

pac.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

248

331437
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	7670251	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200000480 1	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SILEIDE FEITOSA DE LIMA 24/08/1964	( ) -	SILEIDE FEITOSA 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

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	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	6100	0,00		S	06/07/20		
2	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	32	L	1	6100	0,00		S	06/07/20		
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	1220	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	06/07/20	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.[illegible].896/0001-50 CRO/PR [illegible] CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332968
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7677510	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530702500001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE DE ASSIS MARQUES 23/10/1968	( ) -	EDERSON DE ASSIS FERREIRA 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
05564564494848	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 U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81005006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/07/20		
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 U/S	47-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 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 satisfatório. 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 Executante
/ /	06/07/20	06/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 05.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontlife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

325120
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7637233	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
00202530429100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
UELIDA PAMELA DE FREITAS 06/02/1989	( ) -	UELIDA PAMELA DE FREITAS

Dados do 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	00,00	0,00	S	03/07/20		Uelida
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00	0,00	S	03/07/20		Uelida
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00	0,00	S	03/07/20		Uelida
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00	0,00	S	03/07/20		Uelida
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00	0,00	S	03/07/20		Uelida
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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.[illegible].806/0001-50
CRO/PR [illegible]
CNES 6880[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
/ /	03/07/20	03/07/20 Uelida P. Freitas	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330133
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663405	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
00202529467000000201	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SUELI NAZARO SILVERIO	08/10/1969	( ) -	SUELI NAZARO SILVERIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/07/20		Sueli
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/07/20		Sueli
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/07/20		Sueli
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/07/20		Sueli
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/07/20		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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/07/20	03/07/20 Sueli N. S.	/ /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 205 - CNES 6803547

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330132
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663390	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
00202529497000000202	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS NAZARIO SILVERIO 10/10/2005	( ) -	SUELI NAZARO SILVERIO

Dados do 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		00810006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/07/20		Vinicius
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6008999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/07/20	03/07/20 Vinicius	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

N FIZ FICHA DACONSULTA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

331255
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	01/07/20	AUTORIZADO	7669240	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529496700000202	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS NAZARIO SILVERIO 10/10/2005	( ) -	SUELI NAZARO SILVERIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/07/20		<Vinicius
2-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/07/20		<Vinicius
3-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/07/20		<Vinicius
4-	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/07/20		<Vinicius
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
/ /	03/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	03/07/20 <Vinicius	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

já passado

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

328329
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7654274	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
00205294967000000104	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 Enviar - RX
(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-Anestesico
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	03/09/20		
2	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	03/09/20		
3	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	03/09/20		
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	210,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/09/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista	03/09/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6805209

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306401 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7511937	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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	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	02/02/20		Allary D.
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	02/02/20		Allary D.
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	02/02/20		Allary D.
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	02/02/20		Allary D.
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	02/02/20		Allary D.
6-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	02/02/20		Allary D.
7-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	02/02/20		Allary D.
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U/S	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	350,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Operadora
/ /	02/02/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/02/20 - ALLARY DRUNOSKI	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 38.896/0001-50
CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325931
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7641458	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
00202529426200000103	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

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	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	720	000		S02	02/09/20		gilmara
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	720	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 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
/ /	02/02/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/02/20 Gilmara S. D. Gomes	/ /

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N°

308810
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/04/20	28/05/20	AUTORIZADO	7535665	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529813800000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	02/07/20		Camilly
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
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
/ /	02/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/07/20 Camilly V. S. Schmitz	02/07/20 CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA CNPJ 29997000150 CRO/PR 12681 CNES 6808099

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328204 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7653944	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
00202530261000000000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUSTAVO VINICIUS SOMERA DE OLIVEIRA 21/11/2011	( ) -	JEFFERSON CARLOS DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81005006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		S	02/03/20		Kayane
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00,00		S	02/03/20		Kayane
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 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
/ /	02/03/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/03/20 Kayane	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 324281

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7633090	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205248961200005202	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDIA DA COSTA BARROSO 30/06/1986	( ) -	ADOLFO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	01/07/20		Claudio
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	01/07/20		Claudio
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	01/07/20		Claudio
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	01/07/20		Claudio
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	01/07/20		Claudio
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 a 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 este 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

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.890/0001-77
CRO/PR 1306 - CNES 6808609

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 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 Claudio	/ /

Odontolife

Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329548 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	26/06/20	AUTORIZADO	7660267	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
00202528270800000400 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIDNEI PEREIRA 07/01/1977	( ) -	SIDNEI 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
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-Cid	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		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
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. Estevam Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 05.564.644/0001-50
CRO/PR - CNES 6908909

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316694 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7590140	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
00202527082700800340001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDINA ROSA BRAVO 22/12/1977	( ) -	EDINA ROSA BRAVO

Dados do 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
05564644494818	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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	DO	1	88,00	0,00		S	26/05/20		
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	26/05/20		
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	26/05/20		
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
5	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	01/07/20		
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	01/07/20		
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	01/07/20		
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	48	VO	1	88,00	0,00		S	26/05/20		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	684,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/05/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião-Dentista CRO/PR 20852	26/05/20 Edina Bravo	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você e sua

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

332036
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	7673811	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
0020258270880005088101	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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(F) 85200156-27
(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-Qtd/Anos/Dose U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Sequência
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	27/07/20		Data
2	00	85210018	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	53	30,00	0,00	S	27/07/20		Data
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00,00	0,00	S	27/07/20		Data
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 U/S	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	58100	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, correspondente a minha parte com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Favor anexar RX Inicial e Final com os documentos para liberação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 27/07/20

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/07/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 27/07/20 Douglas L. Bail

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 27/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808990

20/05 Concluído

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

309227
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7535600	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
00202529660400000105	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDINEIA CARDOSO 19/07/1987	( ) -	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	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-11
(I) 81000421-RIS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	27/07/20		Claudineia
2	00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	11		1	258	0,00		S	27/07/20		Claudineia
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14	0,00		S	27/07/20		Claudineia
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 er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1705 - 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
27/07/20	27/07/20	27/07/20 Claudineia	27/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Matheus

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315259

1-Registro 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	7576101	18/08/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000602	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLA BARBOSA ALVES 10/07/2001	( ) -	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	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) 85200158-47
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	47		1	533	0,00		S	27/07/20		Isabella
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14	0,00	0,00	S	27/07/20		Isabella
3	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	27/07/20		Isabella
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	0,00	

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

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - 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
27/07/20	27/07/20	27/07/20 Isabella	27/07/20

concluído.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343077 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7722569	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205258270800050401	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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-14
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S	21/07/20		Juliana RO
2	00	81004210	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	27/07/20		Juliana RO
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	347,00	0,00	

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

49-Observação
. Favor anexar RX Inicial e Final com os canais dissociados para conferência

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/07/20	27/07/20	27/07/20 Juliana RO	27/07/20

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR-27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR-27073

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342783 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7720969	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270808003310 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATIANE BEATRIZ FINAU LESKOVICZ 14/12/1982	( ) -	KATIANE BEATRIZ FINAU LESKOVICZ

Dados do 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) 85200158-46 (I) 81000421-
(IF) 85200158-16
(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	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	28/07/20		Katiane
2-	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	28/07/20		Katiane
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	28/07/20		Katiane
4-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	28/07/20		Katiane
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	1094,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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 [illegible] 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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 2808998

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, Carimbo e Assinatura da Empresa
28/07/20	28/07/20	28/07/20 Katiane	28/07/20

Cont. de

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332283 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	7674692	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270801000137011	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	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-24
(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	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	06/07/20		
2-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/07/20		
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	06/07/20		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	381,00	0,00	

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

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - 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
06/07/20	06/07/20	06/07/20 x Marcia	06/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

342799
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	21/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7721011	19/10/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-14
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333	0,00		S	22/07/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14	0,00		S	22/07/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	347	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/07/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073	22/07/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073	22/07/20	22/07/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 2206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

348499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7748349	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800012901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON MARCELO RISDEN 17/12/1978	( ) -	ANDERSON MARCELO RISDEN

Dados do 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	V	1	6100	000		S	30/07/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6100	000		S	30/07/20		
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	1220	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	30/07/20 Jheniffer Martins	30/07/20 X	30/07/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7727117	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800012901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON MARCELO RISDEN 17/12/1978	( ) -	ANDERSON MARCELO RISDEN

Dados do 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		00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	24/07/20		
2		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	24/07/20		
3		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	24/07/20		
4		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	24/07/20		
5		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	24/07/20		
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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.898/0001-50
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
/ /	24/07/20 Jheniffer Martins	24/07/20	24/07/20

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340092
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7709018	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080001681	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
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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		
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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Adriane	20/07/20

CLÍNICA [illegible]
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339479

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706254	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530766700000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNO EDUARDO DA SILVEIRA	03/05/1999	( ) -	SUSANA 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 / Procedimento Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81003	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
2	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
3	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
4	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
5	00	85300	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Bruno	20/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1209 - CNES 6808990

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330195
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663702	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
00202530543300000102	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
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VIP	1	1220,00	0,00		S	15/07/20		
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IVP	1	1220,00	0,00		S	15/07/20		
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	2440,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	15/07/20 Jheniffer Martins	15/07/20	15/07/20

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

24º

335538
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7688488	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530543300000102	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		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	6100	0,00		S	27/07/20		
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	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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/07/20	27/07/20	27/07/20

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

já é paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337429 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7696847	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025282708000185011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS 14/01/1984	( ) -	CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	15/07/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00		0,00	S	15/07/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00		0,00	S	15/07/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00		0,00	S	15/07/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00		0,00	S	15/07/20		
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 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
/ /	15/07/20	15/07/20	15/07/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316794

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7597170	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
00202528868680000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DAVI ROCHA 21/09/2003	( ) -	ELISABETE DE MOURA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610,00	0,00		S	01/07/20		Davi
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	880,00	0,00		S	01/07/20		Davi
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610,00	0,00		S	22/06/20		Davi
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	610,00	0,00		S	22/06/20		Davi
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	2710,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	22/06/20 Jheniffer Martins	22/06/20 Davi Rocha	22/06/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

06

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340089

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7709020	14/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800035901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE PEREIRA BERTE 28/03/1973	( ) -	ELIANE PEREIRA BERTE

Dados do 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	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		
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
/ /	16/07/20	16/07/20	16/07/20

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 321515

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	08/06/20	AUTORIZADO	7619041	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
00205282708003591	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIANE PEREIRA BERTE 28/03/1973	( ) -	ELIANE PEREIRA BERTE

Dados do 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	17/07/20		Eliane
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLOGICA 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
/ /	17/07/20 Jheniffer Martins	17/07/20 Eliane P	17/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

334112
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7682347	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270801000473001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE REGINA SUTIL SANTANA 27/05/1982	( ) -	ELAINE REGINA SUTIL 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
Enviar - RX
(I) 85100226

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	85102266	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMIP	1	122,00	0,00		S	09/07/20		Elaine Sutil
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

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
/ /	09/07/20 Jheniffer Martins	09/07/20 Elaine Sutil	09/07/20

OK -

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

340091
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7709017	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade 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		S	20/07/20		Evandro
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Evandro
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Evandro
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Evandro
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Evandro
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Evandro	20/07/20

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339514

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706440	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530210600000010 1	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-Cid	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	35	V	1	61,00	0,00		S	21/07/20		Eliane
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	21/07/20		Eliane
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	21/07/20		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	183,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor deste 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
/ /	21/07/20 Jheniffer Martins	21/07/20 Eliane	21/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

Oc.

338006
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7699171	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000277701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ELENA MOREIRA GATTERMANN 15/10/1973	( ) -	ELENA MOREIRA GATTERMANN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/20		Elene
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Elene
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Elene
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Elene
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Elene
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Elene M. Gatterm	20/07/20

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

339506
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706386	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530210600000101	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	L	1	610	0,00		S	21/07/20		Joliane
2-											21/ /		
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.

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
/ /	21/07/20 Jenifer Martins	21/07/20 Joliane	21/07/20

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 334113

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7682351	01/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800047301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE REGINA SUTIL SANTANA 27/05/1982	( ) -	ELAINE REGINA SUTIL 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/07/20		Elaine
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/07/20		Elaine
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/07/20		Elaine
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/07/20		Elaine
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/07/20		Elaine
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

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
/ /	09/07/20	09/07/20 Elaine	09/07/20

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

333439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	03/07/20	AUTORIZADO	7679574	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000473001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE REGINA SUTIL SANTANA 27/05/1982	( ) -	ELAINE REGINA SUTIL 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
Enviar - RX
(I) 85100226

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	81010022 26	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPMI	1	122,00	0,00		S	03/07/20		Elaine
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 a 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
/ /	03/07/20 Jheniffer Martins.	03/07/20 Elaine Sutil	03/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808907

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343416

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7724138	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511783800074901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO MARCOS DE OLIVEIRA 01/07/1987	( ) -	FERNANDO MARCOS 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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	23/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	23/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	23/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	23/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	23/07/20		
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

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
/ /	23/07/20 Jheniffer Martins	23/07/20	23/07/20

OK

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NP

335802
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7689625	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800002220 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABRICIO FERREIRA DELATERRA 02/02/1979	( ) -	FABRICIO FERREIRA DELATERRA

Dados do 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		00810006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	10/07/20		
2		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	10/07/20		
3		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	10/07/20		
4		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	10/07/20		
5		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	10/07/20		
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 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
/ /	10/07/20 Jheniffer Martins.	10/07/20	10/07/20

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 317519

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7597934	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
00202527270800029201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO DOUGLAS SILVA DE FARIA 12/06/1998	( ) -	FERNANDO DOUGLAS SILVA DE FARIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa 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 UR	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	800	0,00		S	02/07/20		
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 UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	800	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	02/07/20 Jheniffer Martins	02/07/20	02/07/20

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 347531

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7744024	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531076800000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YASMIN KAMILY SANTOS DAL MAGRO 08/05/2010	( ) -	IRIS 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	30/07/20		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	30/07/20		
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 de tratamento, conforme 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
/ /	30/07/20 Jheniffer Martins	30/07/20	30/07/20

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 330158

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7663577	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
00203253054330000001	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 Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353539860	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-Cid	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	11	PIV	1	122,00	0,00		S	30/07/20		
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IVP	1	122,00	0,00		S	30/07/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas 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
/ /	30/07/20 Jheniffer Martins	30/07/20 Isaias M. de Souza	30/07/20

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 335553

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7688600	05/10/20

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
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	26	OV	1	88,00	0,00		S	29/07/20		Isaias
2	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	30/07/20		Isaias
3	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/07/20		Isaias
4	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	29/07/20		Isaias
5	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	29/07/20		Isaias
6	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00		S	29/07/20		Isaias
7	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	29/07/20		Isaias
8	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00		S	29/07/20		Isaias
9	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	15/07/20		Isaias
10	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	15/07/20		Isaias
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	664,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	15/07/20 Jheniffer Martins	15/07/20 Isaias M. de Souza	15/07/20

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

OK -

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332670 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	02/07/20	AUTORIZADO	7676244	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000060 2	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLA BARBOSA ALVES 10/07/2001	( ) -	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	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	000		S	6/7/20		Isabella
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	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 assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento 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
/ /	6/7/22 Jheniffer Martins	6/7/22 Isabella Alves	6/7/22

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 343417 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7724145	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080002830101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFER DA SILVA FERREIRA 03/05/1991	( ) -	JENNIFER DA SILVA 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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	22/07/20		Jennifer
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	22/07/20		Jennifer
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	22/07/20		Jennifer
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	22/07/20		Jennifer
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	22/07/20		Jennifer
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/07/20 Jheniffer Martins	22/07/20 Jennifer da Silva Ferreira	22/07/20

CLÍNICA [illegible] SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326628
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7644755	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
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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008059	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	730	0,00		S	27/07/20		
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	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	27/07/20 Jheniffer Martins	27/07/20	27/07/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

344475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7730133	21/10/20

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	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00		S	27/07/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00		S	27/07/20		
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	42		1	73,00	0,00		S	27/07/20		
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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/07/20 Jheniffer Martins	27/07/20	27/07/20

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 340790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712156	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700803050 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFER DAMIRIS FERNANDES DE ANDRADE 03/08/1996	( ) -	JENNIFER DAMIRIS FERNANDES DE 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

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	23/07/20		Jennifer
2-											/ /		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	23/07/20 Jheniffer Martins	23/07/20 Jennifer	23/07/20

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

335799
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7689626	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270801001040 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JIMMY WILLIAN REZENDE RIBEIRO 14/12/1991	( ) -	JIMMY WILLIAN REZENDE 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	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 U/S	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	10/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/07/20		
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 U/S	47-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
/ /	10/07/20 Jheniffer Martins	10/07/20	10/07/20

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 334516

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	07/07/20	AUTORIZADO	7683886	04/10/20

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	

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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	730	0,00		S	07/07/20		
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	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	07/07/20 Jheniffer Martins	07/07/20	07/07/20

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 336005

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	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7690517	06/10/20

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	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) 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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	13/07/20		Jaque
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	13/07/20		Jaque
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	149,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	13/07/20 Jheniffer Martins	13/07/20 Jaqueline Ferreira	13/07/20

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 340097

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7709024	14/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117838380006990101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFER MORI SLEIGMAN 21/03/1987	(45) 3576-7281	JENNIFER MORI SLEIGMAN

Dados do 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	16/07/20		Jennife
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Jennife
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Jennife
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Jennife
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/07/20		Jennife
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	16/07/20 Jheniffer Martins.	16/07/20 Jennife Sleigman	16/07/20 CLÍNICA ODONTOLÓG. SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 68039

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333407

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7679429	30/09/20

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	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		00851002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VDO	1	122,00	0,00		S	07/07/20		
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 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
/ /	07/07/20 Jheniffer Martins	07/07/20	07/07/20

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

OK.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

2-Nº 317524
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7597942	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
00202530140900000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KLEBER ROBERTO DE CARVALHO 27/06/1969	( ) -	KLEBER ROBERTO DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	31		1	73,00	0,00		S	/ /		
2	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	32		1	73,00	0,00		S	/ /		
3	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	73,00	0,00		S	/ /		
4	00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	/ /		
5	00	82008059	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00		S	/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	365,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
Elemento 32 não foi realizado.

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
/ /	09/07/20 Jheniffer Martins	09/07/20	09/07/20

CLÍNICA CONTRATADA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

OK.

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª via

324549
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	7634671	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
0020253014090000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KLEBER ROBERTO DE CARVALHO 27/06/1969	( )	KLEBER ROBERTO DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO'S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO'S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	41		1	73	00	0,00	S	09/07/20		
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-Orçamento 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 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
/ /	09/07/20	09/07/20	09/07/20

CLÍNICA ODONTOL...
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-30
CRO/PR 1205 - CNES 6989905

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333168 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	06/07/20	AUTORIZADO	7678214	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000010103	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
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		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610,00	0,00		S	09/07/20		
2		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610,00	0,00		S	03/07/20		
3		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	610,00	0,00		S	03/07/20		
4		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	610,00	0,00		S	03/07/20		
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	2440,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	09/07/20 Jheniffer Martins.	01/07/20	09/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317124

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7597506	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
00202529056300000180 1	POS REDE PRESTADORA	SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONARDO MIGUEL 15/05/1996	( ) -	LEONARDO MIGUEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
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	37	O	1	61,00	0,00		S	01/06/20		Leonardo
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	01/06/20		Leonardo
3	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	03/07/20		Leonardo
4	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	03/07/20		Leonardo
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	03/07/20		Leonardo
6	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	03/07/20		Leonardo
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	02/06/20		Leonardo
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00		S	02/06/20		Leonardo
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61,00	0,00		S	02/06/20		Leonardo
10	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	13/07/20		Leonardo
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	646,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	13/07/20 Jheniffer Martins	13/07/20 Leonardo	13/07/20

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 337050

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7695257	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530697000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LARISSA EMANUELY PORTELA DA SILVA 02/01/2015	( ) -	LUANA MAIARA PIMENTA PORTELA 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) 85109200

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	63	V	1	610,00	0,00		S	10/07/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	73	V	1	610,00	0,00		S	10/07/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	51	M	1	610,00	0,00		S	10/07/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	52	V	1	610,00	0,00		S	10/07/20		
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	61	DM	1	880,00	0,00		S	10/07/20		
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	3320,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	10/07/20 Jheniffer Martins	10/07/20	10/07/20

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

Ok.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331532 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	01/07/20	AUTORIZADO	7670837	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529123300600102	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	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-Cid	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	48	OD	1	88	0,00		S	29/06/20		
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61	0,00		S	27/07/20		
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61	0,00		S	27/07/20		
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61	0,00		S	27/07/20		
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61	0,00		S	27/07/20		
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	0,00	

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/07/20 Jheniffer Martins	27/07/20	27/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

mandei msg

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326942

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7646377	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
00202530286000000010 2	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 Enviar - RX
(I) 85100200
(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	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VI	1	88,00	0,00	0,00	S	20/07/20		e Sucon
2	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VIP	1	122,00	0,00	0,00	S	20/07/20		e Sucon
3	00	85101901 6	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00	0,00	S	20/07/20		e Sucon
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 a 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 29859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808992

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins.	20/07/20 e Sucon	20/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342998 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7722217	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530704400000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS BORGES RAMOS 18/05/1994	( ) -	LUCAS BORGES RAMOS

Dados do 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
09831359816	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	24/07/20		e Lucas
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	24/07/20		e Lucas
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	24/07/20		e Lucas
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	24/07/20		e Lucas
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	24/07/20		e Lucas
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
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
/ /	24/07/20 Jheniffer Martins	24/07/20 e. Lucas	24/07/20

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338369
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	14/07/20	AUTORIZADO	7700713	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800013501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAURA LOURDES GROTH VALANSUELO 20/02/1978	(45) 3028-3034	LAURA LOURDES GROTH VALANSUELO

Dados do 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	20/07/20		
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.

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
/ /	20/07/20	20/07/20	20/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 680899

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK.

335239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7687203	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530697000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LARISSA EMANUELY PORTELA DA SILVA 02/01/2015	( ) -	LUANA MAIARA PIMENTA PORTELA 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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/07/20		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	09/07/20		
3	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	09/07/20		
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/foram realizado(s) com meu consentimento 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
/ /	09/07/20 Jheniffer Martins.	09/07/20	09/07/20

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

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 332667

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	02/07/20	AUTORIZADO	7676218	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253018880000010101	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	

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) 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	47	OL	1	880	0,00	0,00	S	07/07/20		
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	880	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	07/07/20 Jheniffer Martins	07/07/20	07/07/20

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

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327898

INTERCÂMBIO

1-Registro 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

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253059410000010 2	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 Profissional 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 U/S	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	340,00	0,00		S	24/06/20		marilza
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	24/06/20		marilza
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 U/S	47-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 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
/ /	24/06/20 Jheniffer Martins	24/06/20 Marilza Ribas	24/06/20

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

330810
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7666973	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
00202530286000000010101	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
Enviar - RX
(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
09831359398	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		00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	21/07/20		Marlene
2		00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00		S	21/07/20		Marlene
3		00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	29/07/20		Marlene
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 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 29859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/07/20	21/07/20 Jheniffer Martins	21/07/20 Marlene Rodrigues	21/07/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339487

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data do Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706294	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205259660400000101	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE CARDOSO 03/04/1976	( ) -	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	29/07/20		p marlene
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.

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
/ /	29/07/20 Jheniffer Martins.	29/07/20 p marlene	29/07/20

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

332114
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7674089	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529123300000101	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) 85100218
(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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Anotações
1-		00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DOM	1	122,00	0,00		S	27/07/20		
2-		00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00	0,00		S	27/07/20		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
/ /	27/07/20 Jheniffer Martins	27/07/20	27/07/20 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

337451
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7696945	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506443703000467 02	POS REDE PRESTADORA	SINDARSPEN SIND AGENTES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARTA COSSETIN COSTA 07/12/1983	( ) -	FABIO OLIVEIRA 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	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	10/07/20		
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
/ /	10/07/20	10/07/20	10/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346057

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/07/20	28/07/20	AUTORIZADO	7736946	25/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202509953900014301	POS REDE PRESTADORA	ASSEMPPRASSOC DOS SERV DO		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MATHEUS GAMBETTA NORONHA 22/06/1991	(45) 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	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00	0,00	S	30/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	30/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	30/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	30/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	30/07/20		
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
/ /	30/07/20 Jheniffer Martins	30/07/20	30/07/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OL -

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331470

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	7670487	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529664004000010101	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE CARDOSO 03/04/1976	( ) -	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa 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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	01/07/20		marlene
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	01/07/20		marlene
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 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

Ma. Jhenniffer 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
/ /	01/07/20 Jhenniffer Martins	01/07/20 marlene	01/07/20

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 324632

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7635127	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
00202530243000001001	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	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	41		1	73,00	0,00		S	/ /		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	D	1	61,00	0,00		S	10/09/20		Oseias
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	134,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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: face do 41 não foi realizada.

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
/ /	10/09/20 Jheniffer Martins	10/09/20 Oseias	10/09/20

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

OK.

2 - Nº Guia no Prestador: 343896

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: 3438966

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

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: 325488

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 325488

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530254300000101 - OSEIAS DA SILVEIRA

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

	20	28 / 30	21	22	23	24	25	26	27
1-	17062020	7320 / 000	15	O.D.	V	01	94851002	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3067
								Segundo o manual rx final não é requisitado para restauraçoes. Procedimento foi autorizado previamente e realizado.	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

34 - Data do Recurso: 18062020

35 - Assinatura do Prestador:

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1305 - CNES 5400949

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348416

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7748060	28/10/20

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 Classe	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	1220	0,00		S	30/07/20		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	1220	0,00	

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

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
/ /	31/07/20 Jheniffer Martins	31/07/20 Oseias	31/07/20

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

46/47 e 38 placa em outra guia

OK

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 330785

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	30/06/20	AUTORIZADO	7666835	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
00205282708000449101	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	610	0,00		S	08/07/20		
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

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
/ /	08/07/20 Jheniffer Martins.	08/07/20 Paulo R	08/07/20

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 336488
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7692272	06/10/20

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

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	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	13/07/20		
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
/ /	13/07/20	13/07/20	13/07/20

CLINICA ODONTOLOGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Ok.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 327229 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7647598	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
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) 85100226
(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	85102216	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMVD	1	122,00	0,00		S	06/07/20		Paulo R
2-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00		S	06/07/20		Paulo R
3-	00	85101916	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00		S	08/07/20		Paulo R
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	305,00	0,00	

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

49-Observação

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
/ /	06/07/20 Jheniffer Martins	06/07/20 Paulo R	06/07/20

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

OK -

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

338888
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7703430	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529767200000010 1	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
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 U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MD	1	88,00	0,00		S	16/07/20		
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	D	1	61,00	0,00		S	16/07/20		
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	20/07/20		
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	2100	0,00	

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

49-Observação

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
/ /	16/07/20 Jheniffer Martins.	16/07/20 Roges Francesconi	16/07/20

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 340093 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7709019	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202582827080000270 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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/20		Rute
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Rute
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Rute
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/07/20		Rute
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/07/20		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	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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Rute	20/07/20 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 335905

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7690125	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708010000270 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
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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MD	1	88,00	0,00		S	20/07/20		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	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

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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins.	20/07/20 Rute.	20/07/20

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340870
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712586	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202597672000000101	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 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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	20/07/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	20/07/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	I	1	61,00	0,00		S	21/07/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	21/07/20		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00		S	21/07/20		
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 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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Roges Francesconi	20/07/20

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 342351

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7719146	18/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527976720000010 1	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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00		S	21/07/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	21/07/20		
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

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
/ /	21/07/20 Jheniffer Martins.	21/07/20 Roges	21/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331075

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	7668475	27/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297672000001011	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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	000		S	17/07/20		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	610	000		S	17/07/20		
3-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	000		S	23/07/20		
4-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	730	000		S	23/07/20		
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	2680	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 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
/ /	17/07/20 Jheniffer Martins	17/07/20 Roges Francesconi	17/07/20

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

342598
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7720202	19/10/20

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-Cid	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	41	I	1	61,00	0,00		S	23/07/20		(2)
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.

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
/ /	21/07/20 Jheniffer Martins	23/07/20 Roges Francesconi	21/07/20

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

24-Nº

330302
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7664379	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
00205282708003220 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANE CRISTINA SOMERA 16/03/1983	( ) -	ROSANE CRISTINA SOMERA

Dados do 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	08/07/20		Rosane
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Rosane
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Rosane
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Rosane
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/07/20		Rosane
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 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
/ /	08/07/20 Jheniffer Martins	08/07/20 Rosane G Somera	08/07/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340098

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7709027	14/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000010101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SILMARA SANTOS GASPAR 02/10/1966	(45) 3524-1754	SILMARA SANTOS GASPAR

Dados do 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	17/07/20		Silmara
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Silmara
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Silmara
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Silmara
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/07/20		Silmara
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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
/ /	17/07/20 Jheniffer Martins	17/07/20 Silmara	17/07/20

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 327657

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7648985	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
00202530586800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TAWANY THYESKA DE PIERRI MARQUES 01/09/1996	( )	TAWANY THYESKA DE PIERRI MARQUES

Dados do 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	02/07/20		TAWANY
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/07/20		TAWANY
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		TAWANY
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/07/20		TAWANY
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/07/20		TAWANY
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808899

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	02/07/20 Jheniffer Martins	02/07/20 TAWANY	02/07/20.

OK.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OdontoLife
franquiciado para você sorrir

2-Nº 324612 INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7635074	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
00202530286000000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAYNA RODRIGUES DE AZEVEDO 20/12/2011	( ) -	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
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	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OD	1	88	00	00	S	22/07/20		
2-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61	00	00	S	16/07/20		
3-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61	00	00	S	16/07/20		
4-	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	62		1	73	00	00	S	22/07/20		
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	283 00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	16/07/20 Jheniffer Martins	16/07/20 Marlene Rodrigues	16/07/20

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 322479

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7624587	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
00202530286000000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
THAYNA RODRIGUES DE AZEVEDO 20/12/2011	( ) -	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	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	12/06/20		Marlene
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 custes 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 ODONTOLOGIC.
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

06.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 333404

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7679419	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530586808000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TAWANY THYESKA DE PIERRI MARQUES 01/09/1996	( ) -	TAWANY THYESKA DE PIERRI MARQUES

Dados do 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	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	17/07/20		TAWANY
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	17/07/20		TAWANY
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	17/07/20		TAWANY
4	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	17/07/20		TAWANY
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	292,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
. Favor anexar radiografia para pagamento	/ /	17/07/20 Jheniffer Martins	17/07/20 T. TAWANY THYESKA	17/07/20

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-M

333269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	02/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7678718	30/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530586808000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TAWANY THYESKA DE PIERRI MARQUES 01/09/1996	( ) -	TAWANY THYESKA DE PIERRI MARQUES

Dados do 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-Cid	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	17	O	1	61,00	0,00		S	08/07/20		TAWANY
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	08/07/20		TAWANY
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	08/07/20		TAWANY
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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
/ /	08/07/20 Jheniffer Martins	08/07/20 TAWANY	08/07/20

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

OK

OdontoLife
franquiadas para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324618

INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7635089	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
00205117838000586022	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAMYRES YASMIN DA SILVA IGLESIAS KRELIN 30/04/1993	( )	REGIS FRANCO KRELING

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61,00	0,00		S	28/07/20		Thamyres
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 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
/ /	28/07/20 Jheniffer Martins	28/07/20 Thamyres	28/07/20

OK

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

317120
INTERCÂMBIO

1-Registro 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	7597501	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
00202511178380005860 2	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAMYRES YASMIN DA SILVA IGLESIAS KRELIN 30/04/1993	( ) -	REGIS FRANCO KRELING

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa 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 00	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	03/06/20		
2	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00		S	03/06/20		
3	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	03/06/20		
4	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VD	1	88,00	0,00		S	28/07/20		
5	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VD	1	61,00	0,00		S	22/07/20		
6	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	22/07/20		
7	00	85102001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	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	481,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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	03/06/20

CLÍNICA ODON. SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

OK

2-Nº 335370 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	07/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7687621	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527627080003580 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR GOMES FERREIRA 03/02/1988	( ) -	VITOR GOMES 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 ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/07/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/07/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/07/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/07/20		
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
/ /	09/07/20	09/07/20	09/07/20

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

244

339475
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706250	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530766700000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
VITOR HUGO SILVEIRA 31/12/2003	( ) -	SUSANA 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		00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	0,00		S	16/07/20		Vitor
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	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme 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
/ /	16/07/20 Jheniffer Martins	16/07/20 Vitor Hugo	16/07/20

OK

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340285

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7709984	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530766700000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR HUGO SILVEIRA	31/12/2003	( ) -	SUSANA 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	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
2	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
3	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
4	00	84001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/07/20		Bruno
5											20/07/20		Bruno
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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

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
/ /	20/07/20 Jheniffer Martins	20/07/20 Bruno	20/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808899

OK.

OdontoLife
mais dúvidas para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2#

345533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	28/07/20	AUTORIZADO	7735014	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025315104590000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLA RICHETTI EGAL	21/01/2002	( ) -	ISABELLA RICHETTI 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	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-Rubrica da Dentista	42-Assinatura
1	0	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	31/07/20		Isabella
2	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	31/07/20		Isabella
3	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	31/07/20		Isabella
4	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	31/07/20		Isabella
5	0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	/ /		Isabella
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Qualidade US	47-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 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, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assino 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
/ /	31/07/20 Jheniffer Martins	31/07/20 Isabella Richetti	31/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

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	CONCLUÍDO	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
09831359860	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		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
2		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
3		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
4		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/07/20		
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 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 data de retorno para 01/08/2020 conforme chamado #SRE1595194124

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
/ /	01/07/20 Jheniffer Martins	01/07/20	01/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343744

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7725453	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708000218011	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRESSA CARINA FERNANDES BARBOSA 15/12/1987	(45) 98211-1333	ANDRESSA CARINA FERNANDES BARBOSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	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
05564648494818	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	01/08/20		Andressa
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/08/20		Andressa
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/08/20		Andressa
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/08/20		Andressa
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/08/20		Andressa
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	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
/ /	01/08/20	01/08/20 Andressa C.F Barbosa	/ /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.736.895/0001-50
CRO/PR 5805 CNES 6805999

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343883

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: 343883

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738960001501

7 - Nome do Contratado: 27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

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: 312475

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 312475

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529447600000101 - ELAINE CRISTINA DA COSTA

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

	20	28	30	21	22	23	24	25	26	27
1-	12052020	154,80	0,00	13		01	94	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR	3074
				Radiografia não indica o excesso de material, acho que voçe não visualizou corretamente a localização do ápice radicular, tratamento de canal esta dentro dos conformes, paciente sem sintomatologia, e ainda segue						
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

32 - Valor Total Recursado (R$): 154,80

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 12052020

35 - Assinatura do Prestador: Matheus Felipe Colombelli, Cirurgião - Dentista, CRO-PR 27073

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora: CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA, CNPJ: 07.738.896/0001-50, CRO/PR 1206 - CNE

OdontoLife — GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343684

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: 343884

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: 322484

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 322484

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529937500300101 - MERIELE RAMRES FERREIRA

17 - Código de Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de lote e guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

	20	21	22	23	24	25	26	27
1-	09/06/2020	25		01	94	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	3075
	28: 199,80						Não sei como vc chegou a essa avaliação. Os canais estão tratados perfeitamente, dentro de todos os padroes. Solicito o pagamento pelo procedimento que foi autorizado previamente e realizado.	
	30: 0,00							
2-	09/06/2020	14		01	94	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR	3075
	28: 199,80						Não sei como vc chegou a essa avaliação. Os canais estão tratados perfeitamente, dentro de todos os padroes. Solicito o pagamento pelo procedimento que foi autorizado previamente e realizado.	
	30: 0,00							
3-								
4-								
5-								
6-								

32 - Valor Total Recursado (R$): 399,60

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

34 - Data do Recurso: 12/06/2020

35 - Assinatura do Prestador:

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343882

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	34382

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
312139	312139	AUTORIZADO	00202519989300004301 - ELIANE MATIELLO DOS SANTOS

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

Dados dos Itens da Guia

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

1- 11/05/2020 | 32 | | 01 | 94 | 85200166 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO UNIRRADICULAR | 3074
15480
0000
Rx indica extravasamento de cimento endodontico, o que é comum de acontecer quando vc plastifica mecanicamente a guta, e inclusive é bm que aconteça, pois assim temos ctza da instrumentação e vedamento do ápice.

2-

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
154,80	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
11/05/2020			

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343879

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	343879

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso ao Protocolo

9 - 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
309225	309225	AUTORIZADO	00202329660400006102 - EDIVAN ALEXANDRE DE SOUZA

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

Dados dos Itens da Guia

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

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30
1-	29/04/2020	16		01	94	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3074	319,80	0,00
	Não sei sem oq dizer sobre essa glosa.. por favor... o canal está perfeito. Sempre tem a possibilidade de extravasar um pouco de cimento quando a guta é plastificada.. na verdade é até bom quando um pouco extravasa, assim se									
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Aceitado (R$)
319,80	0,00

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
30/04/2020	Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 5808009

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 343881

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	343881

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
311922	311922	AUTORIZADO	00202529656200006101 - ALEX RICARD GENEROSO VIEIRA

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 - Valor Acatado
30 - Valor Glosado
31 - Justificativa do Prestador
32 - Justificativa do Operadora

1-	11/05/2020	24		01	04	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO IRRADICULAR		3074
	1980	MEU DEUS! Onde excesso de material?! Oq é isso?? total desrespeito com o profissional, o canal está perfeito, nem extravasamento de cimento ocorreu.. isso é absurdo! Sr auditor, visite um oftalmo, por favor.							
	000								
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
1980	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
11/05/2020	Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6899309