OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 431280

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/12/20	01/12/20	AUTORIZADO	8104824	01/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202001131302	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCOS AURELIO CASSILHA GONCALVES 29/12/1961	( ) -	ROSANA DO PILAR PINTO 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	46	OML	1	122,00	0,00		S	01/12/20		
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$
01/12/20	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
01/12/20 Renata Ricardo	01/12/20 Renata Ricardo	01/12/20	01/12/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 419287 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/11/20	16/11/20	AUTORIZADO	8054463	14/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524270100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIA KAROLINA DOS ANJOS 12/12/2013	( ) -	LAHISA AGUIAR DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-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	16/11/20		Lahisa
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	16/11/20		Lahisa
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$
16/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 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
16/11/20 Renata Ricardo	16/11/20 Renata Ricardo	16/11/20 Lahisa	16/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

420978
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	18/11/20	AUTORIZADO	8061642	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205242710000001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIA KAROLINA DOS ANJOS 12/12/2013	( ) -	LAHISA AGUIAR DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	610,00	0,00		S	18/11/20		Lahisa
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$
18/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	610,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/20 Renato Ricardo	18/11/20 Renato Ricardo	18/11/20 Lahisa	18/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

411012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/11/20	10/11/20	AUTORIZADO	8020322	02/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202000060003	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LARISSA DE CASTRO DO ROSARIO PEREIRA 19/12/2005	( ) 85271-9259	RENATA DE CASTRO DO ROSARIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	46		1	730	0,00	0,00	S	10/11/20		Renata C
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$
10/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/11/20 Renata Ricardo	10/11/20 Renata Ricardo	10/11/20 Renata C Rosario	10/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 410690

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/11/20	04/11/20	AUTORIZADO	8019252	01/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529104900000202	POS REDE PRESTADORA	SBRISSIA E CIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNO XAVIER MARTINS 04/05/2005	( ) -	TAMILI XAVIER 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/11/20		Thamili
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/11/20		Thamili
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/11/20		Thamili
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/11/20		Thamili
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	04/11/20		Thamili
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
04/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
04/11/20 Renata Ricardo	04/11/20 Renata Ricardo	04/11/20 Thamili	04/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416422
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/11/20	12/11/20	AUTORIZADO	8042543	09/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507710501021721 2	POS REDE PRESTADORA	ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ODINEIA CRISTINA TEIXEIRA DIAS 21/05/1990	( ) -	DELARIANE DE CASTRO 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81001006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/11/20		Odinéia
2	00	82008758	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	12/11/20		Odinéia
3	00	82008758	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	12/11/20		Odinéia
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$
12/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	180,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/20 Renata Ricardo	12/11/20 Renata Ricardo	12/11/20 Odinéia C. T. D.	12/11/20

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/11/20	12/11/20	AUTORIZADO	8042617	09/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527314900002101	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAERCIO ALVES PIRES 27/09/1962	( ) -	LAERCIO ALVES PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	12/11/20		Laercio Alves
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	41		1	73,00	0,00	0,00	S	12/11/20		Laercio Alves
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$
12/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	107,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/20 Renata Ricardo	12/11/20 Renata Ricardo	12/11/20 Laercio Alves Pires	12/11/20

Drª Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 418490 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/11/20	16/11/20	AUTORIZADO	8051431	11/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530381100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TALIA FARIAS DIAS 28/04/2000	( ) -	TALIA FARIAS 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-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	16/11/20		Talia S Dias
2	00	82000883	FRENULECTOMIA LABIAL			1	212,00	0,00		S	16/11/20		Talia S Dias
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$
16/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	246,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
16/11/20 Renata Ricardo	16/11/20 Renata Ricardo	16/11/20 Talia Farias Dias	16/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 376458 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/09/20	17/09/20	AUTORIZADO	7876181	15/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527919100001802	POS REDE PRESTADORA	MOTA PRESTACAO DE SERVICOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELE CORDEIRO DO AMARAL 22/02/1989	( ) -	MARCIO CECYN GONCALVES CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	61,00	0,00		S	18/11/20		Daniele
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	18/11/20		Daniele
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$
18/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Daniele	18/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

426735
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/11/20	25/11/20	AUTORIZADO	8085579	22/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205268682000231011	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIA FERNANDES NERES 25/09/1965	( ) -	LUCIA FERNANDES NERES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-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	01/12/20		
2		00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/12/20		
3		00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/12/20		
4		00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/12/20		
5		00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/12/20		
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$
01/12/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
01/12/20 Renata L Ricardo	01/12/20 Renata Ricardo	01/12/20	01/12/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

421473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/11/20	19/11/20	AUTORIZADO	8063795	16/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530388100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON TADEU DE ARAUJO RAMOS 15/03/1996	( ) -	ANDERSON TADEU DE ARAUJO 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	19/11/20		
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$
19/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
19/11/20	19/11/20	19/11/20	19/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423497

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/11/20	20/11/20	AUTORIZADO	8071982	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527314900000040202	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEMERE ALVES PINHEIRO 07/03/1966	( ) -	ALCIONE PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20		Rosemere
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$
20/11/20	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Rosemere Alves P	20/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423472 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/11/20	20/11/20	AUTORIZADO	8071827	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025273149000040202	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEMERE ALVES PINHEIRO 07/03/1966	( ) -	ALCIONE PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-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	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	13		1	730	0,00		S	20/12/20		Rosemere
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$
20/11/20	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Rosemere Alves P.	20/12/20 Drª. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 421676 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/11/20	20/11/20	AUTORIZADO	8064440	16/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527314900000402	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEMERE ALVES PINHEIRO 07/03/1966	( ) -	ALCIONE PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00	0,00	S	20/13/20		Rosemere
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$
20/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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 ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/18/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Rosemere Alves P.	20/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 421742
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/11/20	19/11/20	AUTORIZADO	8064712	16/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253331110000012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YURI MARTINS DE QUEIROZ 14/07/1996	( ) -	KARIENE ALVES XAVIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81006565	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/11/20		Yuri
2-	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/11/20		Yuri
3-	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/11/20		Yuri
4-	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/11/20		Yuri
5-	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/11/20		Yuri
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
19/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 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
19/11/20 Renato Ricardo	19/11/20 Renato Ricardo	19/11/20 Yuri Martins de Queiroz	19/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgia Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 420470

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	8059597	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202525682682020007202	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELA GARCIA ALBUQUERQUE 27/09/1978	( ) -	MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	17/11/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00,00	0,00	S	17/11/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00,00	0,00	S	17/11/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00,00	0,00	S	17/11/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00,00	0,00	S	17/11/20		
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$
17/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	174,00	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
17/11/20 Renato Ricardo	17/11/20 Renato Ricardo	17/11/20	17/11/20

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã-Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

421280
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	18/11/20	AUTORIZADO	8062796	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025331110100010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARIENE ALVES XAVIER 15/01/2001	( ) -	KARIENE ALVES XAVIER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-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	18/11/20		Kariene
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		Kariene
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		Kariene
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		Kariene
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	18/11/20		Kariene
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
18/11/20	1	1	174,00	0,00	

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1-Total 2-Parcial

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Kariene	18/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã-Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 424873 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/11/20	23/11/20	AUTORIZADO	8078078	21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202000170204	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HELOISE VIEIRA DA SILVA 23/11/2012	( ) 3432-1036	SOELI DA SILVA GOUVEIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-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	23/11/20		Heloise V.
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	23/11/20		Heloise V.
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$
23/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
23/11/20 Renata Ricardo	23/11/20 Renata Ricardo	23/11/20 Heloise Vieira da Silva	23/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423564 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/11/20	20/11/20	AUTORIZADO	8072314	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205064390900001601	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE PESQUISA EM VIDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANTINO FERREIRA PINHEIRO 06/05/1956	( ) -	AMANTINO FERREIRA PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
20/11/20	4 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	174,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Amantino F. P.	20/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423911

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/11/20	23/11/20	AUTORIZADO	8076459	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202000129 02	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA DA SILVA FERNANDES 24/04/1986	( ) -	MARILENE DA SILVA 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-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	23/11/20		Ana Paula
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	23/11/20		Ana Paula
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	23/11/20		Ana Paula
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	23/11/20		Ana Paula
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	23/11/20		Ana 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$
23/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
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
23/11/20 Renata Ricardo	23/11/20 Renata Ricardo	23/11/20 Ana Paula	23/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 416527 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	11/11/20	12/11/20	AUTORIZADO	8042633	09/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202501627000158304	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HIAGO FELIPE DE CASTRO BROSKA 05/07/2004	( ) -	KELY XAVIER DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

118.582.929-64

424867

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	0,00		S	12/11/20		Kely
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Kely
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Kely
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Kely
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Kely
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
12/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 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
12/11/20 Renata Ricardo	12/11/20 Renata Ricardo	12/11/20 Kely	12/11/20

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

421286
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	18/11/20	AUTORIZADO	8062824	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529104900000201	POS REDE PRESTADORA	SBRISSIA E CIA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TAMILI XAVIER MARTINS 11/08/1990	( ) -	TAMILI XAVIER 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/11/20		Tamili
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	18/11/20		Tamili
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	18/11/20		Tamili
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	18/11/20		Tamili
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	18/11/20		Tamili
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
18/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Tamili	18/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 422672

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/11/20	20/11/20	AUTORIZADO	8068387	17/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530388100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON TADEU DE ARAUJO RAMOS 15/03/1996	( ) -	ANDERSON TADEU DE ARAUJO 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	38		1	73,00	0,00		S	19/11/20		
2 -	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	20/11/20		
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$
20/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	146,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20	20/11/20

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã-Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 364045

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/08/20	27/08/20	AUTORIZADO	7822185	24/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205302198000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SIMONE SUZETE HANZEN 10/10/1970	( ) -	SIMONE SUZETE HANZEN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	13/11/20		
2-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	13/11/20		
3-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00	0,00	S	20/11/20		
4-	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	122,00	0,00	0,00	S	20/11/20		
5-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	23/10/20		
6-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	23/10/20		
7-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	23/10/20		
8-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	23/10/20		
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$
20/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	711,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20	20/11/20 Dra. Renata R. C. Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 386379 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/09/20	02/10/20	AUTORIZADO	7919323	29/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205268682000127022	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALCIMAR MAEIRA GONCALVES 22/06/1975	( ) 3432-0264	CRISTIANA MARIA ALVES 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00		S	23/10/20		
2-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	10/11/20		
3-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	88,00	0,00		S	23/10/20		
4-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DM	1	88,00	0,00		S	10/11/20		
5-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MP	1	88,00	0,00		S	10/11/20		
6-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	17/11/20		
7-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	61,00	0,00		S	17/11/20		
8-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	17/11/20		
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$
17/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	650,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
17/11/20 Renata Ricardo	17/11/20 Renata Ricardo	17/11/20	17/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425346
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/11/20	23/11/20	AUTORIZADO	8079989	21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205268682000072028	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELA GARCIA ALBUQUERQUE 27/09/1978	( ) -	MARIANEE GARCIA ALBUQUERQUE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	16	ODP	1	122	00,00		S	23/11/20		
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$
23/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	122,00	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
23/11/20 Renata Ricardo	23/11/20 Renata Ricardo	23/11/20	23/11/20

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 364784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/08/20	28/08/20	AUTORIZADO	7824708	24/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531190400000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAUA GUSTAVO VIEIRA 03/06/2011	( ) -	ALESANDRA TEREZA PEREIRA 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	36		1	730	0,00		S	13/11/20		Alesandra
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	730	0,00		S	13/11/20		Alesandra
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$
13/11/20	1	1	1460	0,00	

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

1-Total 2-Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
13/11/20	13/11/20 Renato Ricardo	13/11/20 Alesandra	13/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

421543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/11/20	19/11/20	AUTORIZADO	8063997	16/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527919100001802	POS REDE PRESTADORA	MOTA PRESTACAO DE SERVICOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELE CORDEIRO DO AMARAL 22/02/1989	( ) -	MARCIO CECYN GONCALVES CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	19/11/20		Daniele
2	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OV	1	88,00	0,00		S	19/11/20		Daniele
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$
19/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	176,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/11/20 Renata Ricardo	19/11/20 Renata Ricardo	19/11/20 Daniele	19/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 409248 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/10/20	03/11/20	AUTORIZADO	8014128	28/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282260000014033	POS REDE PRESTADORA	SUPERMERCADO PAGUE MENOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAVINY WISTUBA DO ROSARO 21/01/2008	(41) 3432-1398	PATRICIA MARA MENDES WISTUBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	S	03/11/20		Patrícia
2	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OVL	1	122	0,00	0,00	S	03/11/20		Patrícia
3	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OVL	1	122	0,00	0,00	S	03/11/20		Patrícia
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	0,00	0,00	S	30/11/20		Patrícia
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88	0,00	0,00	S	30/11/20		Patrícia
6	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	16	POV	1	122	0,00	0,00	S	30/11/20		Patrícia
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
30/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	5490	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/11/20	30/11/20	30/11/20 Patrícia	30/11/20 Dra. Renata R. Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 409237 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/10/2020	03/11/2020	AUTORIZADO	8014101	28/01/2021

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528226226000001404	POS REDE PRESTADORA	SUPERMERCADO PAGUE MENOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIFANY WISTUBA DO ROSARIO 05/01/2011	(41) 3432-1398	PATRICIA MARA MENDES WISTUBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

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

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

(I) 85100200 (I) 85100200
(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	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	03/11/20		Patrícia
2	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OLV	1	12	00	0,00	S	03/11/20		Patrícia
3	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	18	00	0,00	S	06/11/20		Patrícia
4	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OVL	1	12	00	0,00	S	06/11/20		Patrícia
5	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OP	1	18	00	0,00	S	06/11/20		Patrícia
6	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	18	00	0,00	S	10/11/20		Patrícia
7	00	85102060	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OP	1	18	00	0,00	S	10/11/20		Patrícia
8	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OPV	1	12	00	0,00	S	17/11/20		Patrícia
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
17/11/2020	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	752,00	0,00	

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

49-Observação
. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/11/2020	17/11/2020	17/11/2020 Patrícia	17/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 372287 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	09/09/2020	09/09/2020	AUTORIZADO	7856962	08/12/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025269436036000140 2	POS REDE PRESTADORA	SERVICO AUTONOMO MUNICIPAL	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ GUSTAVO CALONASSI XAVIER 03/03/1993	( )	WILLIAN CLAY CALONASSI 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	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
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	610	0,00		S	07/10/20		
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	610	0,00		S	07/10/20		
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	880	0,00		S	16/11/20		
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	610	0,00		S	16/11/20		
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	610	0,00		S	01/12/20		
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	610	0,00		S	01/12/20		
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	31	L	1	610	0,00		S	01/12/20		
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$
01/12/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4540	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
01/12/2020 Renata Ricardo	01/12/2020 Renata Ricardo	01/12/2020	01/12/20

Dra. Renata Ricardo
Cirurgiã Dentista
CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 419835 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	8056877	14/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025268682000099011	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARAMIS DOS SANTOS MARTINS 07/04/1966	( ) -	ARAMIS DOS SANTOS 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	01/12/20		Renata
2	00	82010875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	73,00	0,00	0,00	S	01/12/20		Renata
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$
01/02/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	107,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/12/20 Renata Ricardo	01/12/20 Renata Ricardo	01/12/20 Aramis	01/12/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 430427 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/11/20	30/11/20	AUTORIZADO	8101056	28/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205077110050006120 9	POS REDE PRESTADORA	ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARILIZE DO ROCIO ROCHA BELIZARIO 05/01/1970	( ) 3424-5335	MARILOIZE APARECIDA ROCHA BELIZARIO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-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	30/11/20		marilize
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00	0,00	S	30/11/20		Marilize
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00	0,00	S	30/11/20		Marilize
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$
30/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	180,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/11/20 Renata Ricardo	30/11/20 Renata Ricardo	30/11/20 marilize do Rocio R Belizario	30/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

418512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/11/20	13/11/20	AUTORIZADO	8051463	11/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531119040000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDA EDUARDA VIEIRA 27/02/2007	( )	ALESANDRA TEREZA PEREIRA 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-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	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00	00	S	20/11/20		Alessandra
2-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61	00	00	S	20/11/20		Alessandra
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$
20/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	120	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Renata Ricardo	20/11/20 Alessandra Eduarda Vieira	20/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 411460 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/11/20	04/11/20	AUTORIZADO	8022294	02/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00225268682000111305	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAURA SOPHIA GONCALVES DA CRUZ 21/01/2014	( ) -	ROSANA DO PILAR PINTO 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	04/11/20		Rosana
2 -	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	04/11/20		Rosana
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$
04/11/20	1	1	106,00	0,00	

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

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
04/11/20 Renata Ricardo	04/11/20 Renata L. Ricardo	04/11/20 Rosana	04/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 411877 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/11/20	10/11/20	AUTORIZADO	8023936	02/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00258628681820001113055	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAURA SOPHIA GONCALVES DA CRUZ 21/01/2014	( ) -	ROSANA DO PILAR PINTO 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	83090089	EXODONTIA SIMPLES DE	82		1	730	000		S	10/11/20		Rosana
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$
10/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
10/11/20 Renata Ricardo	10/11/20 Renata Ricardo	10/11/20 Rosana	10/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 424870 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8078052	21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205016270001583062	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEOMAR CANDIDO XAVIER 14/06/1964	( ) -	KELY XAVIER DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-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	24/11/20		Leomar
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	24/11/20		Leomar
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	24/11/20		Leomar
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	24/11/20		Leomar
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	24/11/20		Leomar
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
24/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 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
24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Leomar C. Xavier	24/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 423837 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8075928	18/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025282260000050111	POS REDE PRESTADORA	SUPERMERCADO PAGUE MENOS	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADILSON DIAS CARDOSO 04/08/1978	( ) -	ADILSON DIAS 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	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	0,00		S	24/11/20		Adilson
2-	00	82008758	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73	0,00		S	24/11/20		Adilson
3-	00	82008758	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	73	0,00		S	24/11/20		Adilson
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$
24/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	180,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Adilson Dias Cardoso	24/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 424987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8078504	21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202001720103	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FLAVIA VIEIRA DA SILVA 07/05/2010	( ) 34321036	SOELI DA SILVA GOUVEIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	24/11/20		Reise
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	24/11/20		Reise
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$
24/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Reise Vieira da Silva	24/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 424867

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/11/20	24/11/20	AUTORIZADO	8078041	21/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202501627009001583044	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HIAGO FELIPE DE CASTRO BROSKA 05/07/2004	( ) -	KELY XAVIER DE CASTRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	24/11/20		Kely
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$
24/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	610	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Renata Ricardo	24/11/20 Kely	24/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 419849
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	8057021	14/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202000010102	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HELENA DO PILAR GELAMOS SALOW 14/09/2014	( ) 8446-0535	JANAINA LEONOR GELAMOS DO PRADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	17/11/20		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	17/11/20		
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$
17/11/20	1 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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
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
17/11/20	17/11/20	17/11/20	17/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 419842 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	8056974	14/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202526868202000010101	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE ANTONINA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANAINA LEONOR GELAMOS DO PRADO 27/01/1977	( ) 8446-0535	JANAINA LEONOR GELAMOS DO PRADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	0,00	0,00	S	17/11/20		Janaina
2	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	17/11/20		Janaina
3	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	17/11/20		Janaina
4	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	17/11/20		Janaina
5	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	17/11/20		Janaina
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
17/11/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 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
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
17/11/20 Renato Ricardo	17/11/20 Renato Ricardo	17/11/20 Janaina	17/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797 PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

400316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/10/20	22/10/20	AUTORIZADO	7976770	18/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527314900000402	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEMERE ALVES PINHEIRO 07/03/1966	( ) -	ALCIONE PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	S	22/10/20		Rosemere
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$
22/10/20	4 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (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 da Empresa
22/10/20 Renato Ricardo	22/10/20 Renato Ricardo	22/10/20 Rosemere	22/10/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 420994

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	18/11/20	AUTORIZADO	8061710	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253185850000011011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCIA FERREIRA DE AGUIAR 03/11/1975	( ) -	MARCIA FERREIRA DE AGUIAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	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	0,00		S	18/11/20		
2	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00		S	18/11/20		
3	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00		S	18/11/20		
4	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00		S	18/11/20		
5	00	84010198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00		S	18/11/20		
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$
18/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20 Renata Ricardo	18/11/20	18/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO-29797/PR

Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 420986

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	18/11/20	AUTORIZADO	8061702	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025241271000000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAHISA AGUIAR DOS ANJOS 29/06/1993	( ) -	LAHISA AGUIAR DOS ANJOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07364246959	RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA LOUIZE DA SILVA RICARDO	29797	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00810100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/11/20		Lahisa
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$
18/11/20	4	1	34,00	0,00	

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/20 Renato Ricardo	18/11/20 Renato Ricardo	18/11/20 Lahisa	18/11/20 Dra. Renata Ricardo Cirurgiã Dentista CRO 29797/PR

Digitalizada com CamScanner