



Digitalizada com CamScanner

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

MARCADA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.

2-Nº



1-Identificação ANS 406414	2-Data de emissão da Guia 11/01/2012	3-Data de Autorização 11/01/2012	4-Autorizado AUTORIZADO	5-Atividade da Empresa Principal 8289802	6-Data Validade da Guia 11/05/2012	7-Nº da Guia 474037	8-Tipo de Guia INTERCÂMBIO
9-Endereço do Beneficiário 00202500030800023011		10-Empresa ASSOC EMP DA ITAIPU		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA PAULA NICOLETTI TEIXEIRA		14-Telefone 30/07/1977		15-Nome do titular do plano ANA PAULA NICOLETTI TEIXEIRA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311339481		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S	
30-Fratura / Co-participação R\$ 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-008511002181	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DMV	1	1	2,20	0,00	0,00		11/03/12		Raymundo
2-008511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6	1,00	0,00	0,00		11/03/12		Raymundo
3-008511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6	1,00	0,00	0,00		11/03/12		Raymundo
4-008511001961	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6	1,00	0,00	0,00		11/03/12		Raymundo
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 305100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.898/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 88089

Odontolife[®]
tranquilidade para você sorrir

manuscrito

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.



2-4*

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2013	4-Data de Autorização 10/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8375137	7-Data Validade da Senha 08/10/2016	496044 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202534945100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome GUSTAVO HENRIQUE DIAS		14-Telefone 30/10/1991 () -	15-Nome do titular do plano MARIA KAROLINE DE MEDEIROS SOUSA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S		

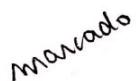
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assin
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			12/12/2013		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 Contratado 10/10/2013 Douglas Ricci Raimundo CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1208 - CNES 6108999
--	--	---	--



C

[illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro 406414 2-Data de Emissão de Guia 11/02/2011 3-Data de Autorização 11/02/2011 4-Tipo de Autorização AUTORIZADO 5-Plano POS REDE PRESTADORA 6-Plano TELEVISAO NAIPI LTDA 7-Data Validade de Guia 11/02/2011 8-Número de Carteira 101020252971930000118011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA 11-Data Validade da Carteira 11/02/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 479061 INTERCÂMBIO

13-Nome ANDRE ANTERO DA SILVA 14-Telefone (11) 15-Data de Realização 05/02/1985 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO 18-Número no CRO 23106 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311133948 22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO 23-Número no CRO 23106 24-UF PR 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO 27-Número no CRO 23106 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Closs	42-Assinatura
1	001851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	881000	0100			12/02/21		
2	001851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	881000	0100			12/02/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 149100 47-Valor Total R\$ 0100 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

Dr. Douglas Ricci Raymundo
Cirurgião Dentista
CRO/PR: 23.106
Guilherme P. Allen

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



1-Registro ANS 406414		2-Dia de Emissão da Guia 11/03/21		4-Data de Autorização 11/03/21		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8377090		7-Caixa Validade de Serina 09/06/21		8-496494 INTERCÂMBIO															
9-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 00202536327700000101				10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira / /		13-Número do Cartão Nacional de Saúde																	
13-Nome JORGE LUIS DE OLIVEIRA GOMES				14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano JORGE LUIS DE OLIVEIRA GOMES																					
16-Atendimento a RIN N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES		025 - Faturar Empresa															
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																											
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glcisa		42-Assinatura			
1		0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA								3400		0000		S120321											
2		0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASP						3600		0000		S120321											
3		0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID						3600		0000		S120321											
4		0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE						3600		0000		S120321											
5		0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE						3600		0000		S120321											
6																											
7																											
8																											
9																											
10																											
11																											
12																											
13																											
14																											
15																											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 17800				47-Valor Total R\$ 0000				48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																											
49-Observação																											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /							51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/03/21							52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/03/21							53-Data, local e Carimbo da Empresa / /						
CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990																											

Odontolife[®]
tranquilidade para você sorrir

MARLINA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.

24*



496150
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/03	4-Data de Autorização 11/01/03	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8375599	7-Data Validade da Senha 01/01/03
8-Número da Carteira 0002025076424000000101					
13-Nome CLAudemir Batista Monteiro		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/01/03	
14-Telefone 14/12/1971		15-Nome do titular do plano CLAudemir Batista Monteiro		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	
29-Código CBO S		30-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Old	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DVP	1	12100	0,00				
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/03	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 12100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/03	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/03 Dr. Douglas Ricci Raymundo CRO/PR:23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/03	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/03 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	--	---	--

Odontolife
Iniquidade por você sorrir

glosado dente 22 - DVP - molares facies (V,D)
C.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



459710
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia [2][1]/[0][1]/[2][1]	4-Data de Autorização [2][2]/[0][1]/[2][1]	5-Plano POS REDE PRESTADORA	6-Número da Guia Principal 8222455	7-Data Validade de Senha [2][1]/[0][4]/[2][1]
8-Número da Carteira [0][0][2][0][2][5][0][7][6][4][2][4][0][0][0][0][1][0][1]			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira []/[]/[]	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDEMIR BATISTA MONTEIRO			14-Telefone ([])[]-[]-[]-[]-[]-[]	15-Nome do titular do plano CLAUDEMIR BATISTA MONTEIRO	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][5][7][3][1][1][3][3][9][4][8][]			22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106		
28-UF PR			29-Código CBO S		
30-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

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

1-Data Previsão Término do Tratamento []/[]/[]	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US [6][1][0][0]	47-Valor Total R\$ []/[]/[]	48-Total Franquia / Co-participação R\$ []/[]/[]
--	--	---	--	-----------------------------------	--

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

Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante []/[]/[] []/[]/[] Cirurgião-Dentista CRO/PR 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável []/[]/[] []/[]/[]	53-Data, local e Carimbo da Empresa []/[]/[]
---	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

Odontolife
transfere a saúde para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/03/2011	3-Data de Autorização 10/03/2011	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8374909	6-Data de Validade da Guia 08/06/2011	7-455993 INTERCÂMBIO								
8-Nome do Beneficiário PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BLUE PARK AQUATICO S A	11-Data de Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Data de Atendimento 20/07/1982			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO										
16-Atendimento a RN N														
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO														
18-Número no CRO 23106														
19-UF PR														
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0571311133948														
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO														
23-Número no CRO 23106														
24-UF PR														
25-Código CBO S														
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO														
27-Número no CRO 23106														
28-UF PR														
29-Código CBO S														
30-Franquia/Co-participação R\$														
31-Aut														
32-Data de Realização														
33-Motivo da Glosa														
34-Assinatura														
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00							
2-00814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00							
3-00814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00							
4-00814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00							
5-00814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00							
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														
43-Data Prevista Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		
/ /			1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência			1-Total 2-Parcial			174,00			0,00		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.														
49-Observação														
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável			53-Data, local e Carimbo da Empresa					
/ /			/ /			/ /			/ /					
Cirurgião Dentista			Cirurgião Dentista			Priscila Diogo Machado Bueno			SCHERER LTDA.					
CRO/PR: 23.106			CRO/PR: 23.106			CRO/PR: 23.106			CNPJ: 07.738.896/0001-50					
									CNPJ: 07.738.896/0001-50					

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

1-Registro JMS 406414		3-Cidade de Emissão da Guia 11/1/03/121		4-Data de Autorização 11/1/03/121		5-Situação AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8377761		7-Data Validade da Guia 09/1/06/121		496679 INTERCÂMBIO											
8-Número da Carteira 0002025341087000000101												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome WILLIAM ROBERTO SILVA DE SOUSA												14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WILLIAM ROBERTO SILVA DE SOUSA		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948												18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO												23-Número no CRO 23106		24-UF PR		28-Código CBO S		27-Número no CRO 23106					
30-Tabela																							
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Raio		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Glosa		42-Assinatura	
1-001851100200		RESTAURAÇÃO RESINA		14		OD		1		88,00		0,00		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
2-001851100196		RESTAURAÇÃO RESINA		47		O		1		61,00		0,00		/ /		/ /		/ /		/ /		/ /	
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsão Término do Tratamento / /				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 149,00				47-Valor Total R\$ 0,00				48-Total Franquia / Co-participação R\$			

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

Observação:

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante / / Douglas Ricci Raimundo CRO/PR: 23106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / William Roberto Silva de Sousa	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	--	--

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

marcos

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.



1-Registro ADES 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Atualização 18/10/2012	5-Plano AUTORIZADO	6-Plano de Saúde Principal 8309496	7-Data Validade da Guia 19/10/2012	8-Data Validade da Guia 479728
9-Dados do Beneficiário 0102025348083000001014		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Data Validade da Carteira INTERCÂMBIO
13-Nome VITORIA IANCY SARAIVA DA SILVA VIEIRA		14-Telefone 10/12/2007		15-Data Validade da Carteira 11/11/11		16-Data Validade da Carteira 11/11/11
17-Atendimento e RN N		18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		19-Data Validade da Carteira 11/11/11		20-Data Validade da Carteira 11/11/11
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Data Validade da Carteira 11/11/11		24-Data Validade da Carteira 11/11/11
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		26-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Data Validade da Carteira 11/11/11		28-Data Validade da Carteira 11/11/11
29-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		30-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		31-Data Validade da Carteira 11/11/11		32-Data Validade da Carteira 11/11/11
33-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		34-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		35-Data Validade da Carteira 11/11/11		36-Data Validade da Carteira 11/11/11
37-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		38-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		39-Data Validade da Carteira 11/11/11		40-Data Validade da Carteira 11/11/11
41-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		42-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		43-Data Validade da Carteira 11/11/11		44-Data Validade da Carteira 11/11/11
45-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		46-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		47-Data Validade da Carteira 11/11/11		48-Data Validade da Carteira 11/11/11
49-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		50-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		51-Data Validade da Carteira 11/11/11		52-Data Validade da Carteira 11/11/11
53-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		54-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		55-Data Validade da Carteira 11/11/11		56-Data Validade da Carteira 11/11/11
57-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		58-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		59-Data Validade da Carteira 11/11/11		60-Data Validade da Carteira 11/11/11
61-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		62-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		63-Data Validade da Carteira 11/11/11		64-Data Validade da Carteira 11/11/11
65-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		66-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		67-Data Validade da Carteira 11/11/11		68-Data Validade da Carteira 11/11/11
69-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		70-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		71-Data Validade da Carteira 11/11/11		72-Data Validade da Carteira 11/11/11
73-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		74-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		75-Data Validade da Carteira 11/11/11		76-Data Validade da Carteira 11/11/11
77-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		78-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		79-Data Validade da Carteira 11/11/11		80-Data Validade da Carteira 11/11/11
81-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		82-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		83-Data Validade da Carteira 11/11/11		84-Data Validade da Carteira 11/11/11
85-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		86-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		87-Data Validade da Carteira 11/11/11		88-Data Validade da Carteira 11/11/11
89-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		90-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		91-Data Validade da Carteira 11/11/11		92-Data Validade da Carteira 11/11/11
93-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		94-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		95-Data Validade da Carteira 11/11/11		96-Data Validade da Carteira 11/11/11
97-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		98-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		99-Data Validade da Carteira 11/11/11		100-Data Validade da Carteira 11/11/11

*Plano
Plano
Plano
Plano*

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricci Raymundo CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável Vitoria	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Minicod

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C



406414		18/02/21		18/02/21		AUTORIZADO		8306799		19/05/21		479066 INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 00202529719300001801				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANDRE ANTERO DA SILVA				14-Telefone 05/02/1985 () - () - ()		15-Nome do titular do plano ANDRE ANTERO DA SILVA									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S							
30-Tabela															
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor			
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		33		V		1		6100		000			
2-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		31		MVL		1		1200		000			
3- / / / / /															
4- / / / / /															
5- / / / / /															
6- / / / / /															
7- / / / / /															
8- / / / / /															
9- / / / / /															
10- / / / / /															
11- / / / / /															
12- / / / / /															
13- / / / / /															
14- / / / / /															
15- / / / / /															
43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / /				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial				46-Total Quantidade US 18300			
47-Valor Total R\$ 0000				48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000											
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 / / / / / Dr. Douglas Ricci Raymundo CRO/PR: 23.106				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / / / / André Antero da Silva				53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808000			

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

1* mercado

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4F

1-Registro ABO 406414		2-Data de Emissão da Guia 11/02/2011		3-Data de Autorização 11/02/2011		4-Plano AUTORIZADO		5-Número de Guia Principal 8306897		6-Data Vencimento de Seguro 11/05/2011		7-Valor de Seguro 479080	
8-Endereço do Beneficiário				9-Número da Carteira 01020253567080000101				10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira	
13-Nome ALCEDIR DOS SANTOS				14-Telefone 04/07/1986				15-Nome do titular do plano ALCEDIR DOS SANTOS		16-Número do Cartão Nacional de Saúde			
17-Atendimento a RN N				18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				19-Número no CRO 23106		20-UF PR		21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				23-Nome do Contratado Executor DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				24-Número no CRO 23106		25-UF PR		26-Código CNES	
27-Nome do Profissional Executor DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				28-Número no CRO 23106				29-UF PR		30-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Alcedir
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					Alcedir
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					Alcedir
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					Alcedir
5	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					Alcedir
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/02/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/2011 Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2011 Alcedir	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/2011
---	--	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANVISA 406414		2-Carteira de Trabalho 014/03/21		3-Data de Nascimento 04/03/21		4-Sexo AUTORIZADO		5-Número de T.O.S. Principal 8354642		6-Data Validade de Seguro 02/06/21		7-490696 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0020252984380003801				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa TV CATARATAS LTDA				11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome MARCOS HENRIQUE LANDIM				14-Telefone () -				15-Nome do titular do plano MARCOS HENRIQUE LANDIM	
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 15/03/1985				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106				19-UF PR	
20-Atendimento a RN N				21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106	
24-UF PR				25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106	
28-UF PR				29-Código CBO S				30-025 - Faturar Empresa				31-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/03/21	Cláudia
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/03/21	Cláudia
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/03/21	Cláudia
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/03/21	Cláudia
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/03/21	Cláudia
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / Douglas Ricci Raymundo CRO/PR-23.106		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista / / Douglas Ricci Raymundo CRO/PR-23.106		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/03/21 MARCOS HENRIQUE LANDIM		53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
---	--	---	--	---	--	--	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



495343
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/10/2011	3-Data de Autorização 10/10/2011	4-Sinistro AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8372247	6-Data Validade da Guia 08/06/2011
Dados do Beneficiário			11-Data Validade da Carteira		
8-Número da Carteira 002025081136300052201			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome PAMELA DE OLIVEIRA CORSO			10-Empresa EMPRESA HOTELEIRA MABU LTDA		
14-Telefone (11) 1111-1111			15-Nome do titular do plano PAMELA DE OLIVEIRA CORSO		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIER RAYMUNDO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948			22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIER RAYMUNDO		
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIER RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106		
28-UF PR			29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
30-Tabela			31-Código do Procedimento		
32-Descrição			33-Dente/Região		
34-Face			35-Qtd		
36-Quantidade US			37-Valor		
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Aut		
40-Data de Realização			41-Motivo da Glosa		
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento		
45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US		
47-Valor Total R\$			48-Total Franquia / Co-participação R\$		

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/10/11 Dr. Douglas Ricciér Raymundo
Cirurgião Dentista
CRO/PR: 23106

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/10/11 Pamela Corso

53-Data, local e Carimbo da Empresa
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6800000

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/10/2011	3-Data de Autorização 11/10/2011	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8376752	6-Data Validade de Bônus 10/09/2016	7-496402 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0002025341087000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome WILLIAM ROBERTO SILVA DE SOUSA	14-Data de Nascimento 30/11/1984	15-Telefone () - - - - -	16-Nome do titular do plano WILLIAM ROBERTO SILVA DE SOUSA			
17-Atendimento a RN N	18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	19-Número no CRO 23106	20-UF PR	21-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015731133948	23-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	24-Número no CRO 23106	25-UF PR	26-Código CNES		
27-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	28-Número no CRO 23106	29-UF PR	30-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1	00810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/03/21		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			11/03/21		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			11/03/21		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			11/03/21		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			11/03/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raimundo Cirurgião Dentista CRO/PR-23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo de Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808995
--	--	--	--

Odontolife
Participação para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



495882
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/03	3-Data de Autorização 11/01/03	4-Será AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 8374443	6-Data Válida da Seria 10/06/21
7-Nome do Beneficiário DOUGLAS BORBA FURTADO VIEIRA	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa EMPRESA HOTELEIRA MABU LTDA	10-Data Válida da Carteira 11/01/03	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Atendimento a RN N	13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 06/03/1992	14-Telefone (11) 33948111	15-Nome do titular do plano DOUGLAS BORBA FURTADO VIEIRA	16-Data de Realização	17-Motivo da Glosa
18-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948111	19-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	23-Assinatura
24-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	25-Data de Realização	26-Número no CRO 23106	27-UF PR	28-Código CBO S	
29-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face
1-001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
2-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização
3-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
4-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			
5-001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/01/03	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa	CRO/PR 1206 - CNES 68089999	
11/01/03	Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106	11/01/03	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50		

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

MALCADO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



406414		17/10/21		17/10/21		AUTORIZADO		8304498		18/10/21		478556 INTERCÂMBIO	
002025081136300052202				POS REDE PRESTADORA				EMPRESA HOTELEIRA MABU LTDA				11-Data Validade de Carteira	
EDUARDO BRUM TEIXEIRA				10/09/1992				(11) 35221-2000				15-Nome do titular do plano PAMELA DE OLIVEIRA CORSO	
N		DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
05731133948		DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 85100218	
DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106				28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OLM	1	122,00	0,00		S	04/03/21		Edmundo Brum
2	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	04/03/21		Edmundo Brum
3	00851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	04/03/21		Edmundo Brum
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1-1-1-1		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		244,00		0,00			

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
11/11/21		Dr. Douglas Ricci Raimundo CRO/PR: 23106		Edmundo Brum		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414		2-Dados de Emissão de Guia 21/01/2012		3-Código de Autorização 21/01/2012		4-Tipo de Guia AUTORIZADO		5-Número de Guia Principal 8326576		6-Código Verificador de Guia 21/01/2012		7-Data de Emissão da Guia 21/01/2012		8-Data de Validade da Guia 21/01/2012	
9-Número da Carteira 0102102535693500000101		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade de Carteira 21/01/2012		13-Número do Cartão Nacional de Saúde 484164		14-Intercâmbio INTERCÂMBIO		15-Nome do titular do plano FLAVIO DA SILVA SOUZA		16-Telefone (11) 1111-1111	
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		19-Número no CRO 23106		20-UF PR		21-Código CBO S 025 -		22-Faturar Empresa Faturar Empresa		23-Nome do titular do plano DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		24-Telefone (11) 1111-1111	
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S 025 -		30-Faturar Empresa Faturar Empresa		31-Nome do titular do plano DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		32-Telefone (11) 1111-1111	

33-Data	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Qtd	39-Quantidade US	40-Valor	41-Franquia/Co-participação R\$	42-Data de Realização	43-Motivo da Glosa	44-Assinatura
1-01/01/2012	0101000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00				Flavio
2-01/01/2012	0101000167	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00				Flavio
3-01/01/2012	0101000167	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00				Flavio
4-01/01/2012	0101000167	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00				Flavio
5-01/01/2012	0101000167	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00				Flavio
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

45-Data Previsto Término do Tratamento 11/01/2012		46-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		47-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		48-Total Quantidade US 17,80		49-Valor Total R\$ 0,00		50-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
--	--	--	--	---	--	---------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012		53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012	
---	--	---	--	---	--

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24*

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 23/10/2012	3-Data de Autorização 23/10/2012	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Precisa 8322496	6-Data Validade da Guia 24/10/2012	7-Data Validade da Guia 24/10/2012	8-Data Validade da Guia 24/10/2012
9-Número da Carteira 002025312119900000103							
10-Plano POS REDE PRESTADORA							
11-Data Validade da Carteira 11/11/11							
12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
13-Nome ANDERSON BRUNO BERTE							
14-Telefone (11) 1111-1111							
15-Nome do titular do plano ELIANE PEREIRA BERTE							
16-Atendimento a RN N							
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO							
18-Número no CRO 23106							
19-UF PR							
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948							
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO							
23-Número no CRO 23106							
24-UF PR							
25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO							
27-Número no CRO 23106							
28-UF PR							
29-Código CBO S							
30-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado							
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1-0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAJD		1	36,00	0,00	0,00
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00
6-0000000000							
7-0000000000							
8-0000000000							
9-0000000000							
10-0000000000							
11-0000000000							
12-0000000000							
13-0000000000							
14-0000000000							
15-0000000000							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	49-Observação	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999			

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro Profissional 406414		2-Data de Emissão da Guia 28/10/11		3-Data de Autorização 29/10/11		4-Status da Guia AUTORIZADO		5-Fluxo de Caixa 8246678		6-Data de Vencimento 28/10/11		7-Valor da Guia 40845	
8-Identificação do Paciente												9-Identificação da Empresa	
9-Plano POS REDE PRESTADORA												10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
11-Data de Validade da Carteira 11/11/11												12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARCIA DOS SANTOS												14-Telefone (11) 11111111	
15-Data do Contrato Relativo ao Tratamento 14/01/1983												16-Nome do titular do plano MARCIA DOS SANTOS	
17-Atendimento a RN N												18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948												20-Número do Contrato Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	
21-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO												22-Número no CRO 23106	
23-Número no CRO 23106												24-UF PR	
25-Código CBO S												26-Código CNES	
27-Número no CRO 23106												28-UF PR	
29-Código CBO S												30-Data de Realização	
31-Data de Realização												32-Valor da Guia	
33-Franquia/Co-participação R\$												34-Data de Realização	
35-Motivo da Guia												36-Assinatura	
37-Quantidade US												38-Valor	
39-Quantidade US												40-Valor	
41-Quantidade US												42-Valor	
43-Quantidade US												44-Valor	
45-Quantidade US												46-Valor	
47-Quantidade US												48-Valor	
49-Quantidade US												50-Valor	
51-Quantidade US												52-Valor	
53-Quantidade US												54-Valor	
55-Quantidade US												56-Valor	
57-Quantidade US												58-Valor	
59-Quantidade US												60-Valor	
61-Quantidade US												62-Valor	
63-Quantidade US												64-Valor	
65-Quantidade US												66-Valor	
67-Quantidade US												68-Valor	
69-Quantidade US												70-Valor	
71-Quantidade US												72-Valor	
73-Quantidade US												74-Valor	
75-Quantidade US												76-Valor	
77-Quantidade US												78-Valor	
79-Quantidade US												80-Valor	
81-Quantidade US												82-Valor	
83-Quantidade US												84-Valor	
85-Quantidade US												86-Valor	
87-Quantidade US												88-Valor	
89-Quantidade US												90-Valor	
91-Quantidade US												92-Valor	
93-Quantidade US												94-Valor	
95-Quantidade US												96-Valor	
97-Quantidade US												98-Valor	
99-Quantidade US												100-Valor	

30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Old 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

1-00085100196 RESTAURAÇÃO RESINA 26 0 1 6100 0000 040321 marce

2- 3- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 10- 11- 12- 13- 14- 15-

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

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial 6100 0000 0000

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

49-Observação

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

28/10/11 28/10/11 28/10/11 28/10/11

Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião-Dentista CRO/PR:23106

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

Odontolife
transfere para você sorrir

marcada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C



1-Registro Aves 406414	2-Data de Emissão de Guia 11/02/21	3-Data de Autorização 11/02/21	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8304217	6-Data Validade da Guia 11/05/21	7-Valor da Guia 478500
8-Número do Beneficiário 1002025282708000586011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome RENATA BALBINOT	14-Telefone (11) 11111111	15-Data de Nascimento 06/09/1981	16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	17-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1057311133948	22-Endereço do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES (1) 85100200	26-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO
27-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
28-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
29-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
30-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
31-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
32-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
33-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
34-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
35-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
36-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
37-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
38-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
39-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
40-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
41-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
42-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
43-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
44-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
45-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
46-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
47-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
48-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
49-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
50-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
51-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
52-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
53-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
54-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
55-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
56-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
57-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
58-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
59-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
60-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
61-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
62-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
63-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
64-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
65-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
66-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
67-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
68-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
69-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
70-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
71-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
72-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
73-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
74-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
75-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
76-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
77-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
78-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
79-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
80-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
81-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
82-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
83-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
84-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
85-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
86-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
87-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
88-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
89-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
90-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
91-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
92-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
93-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
94-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
95-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
96-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
97-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
98-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
99-Endereço do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						
100-Endereço do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO						

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
176,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/11/11

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável
11/11/11

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/11/11

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

marcado

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



485229
INTERCÂMBIO

1-Número da Guia 406414	2-Data de Emissão 25/10/2011	3-Data de Autorização 25/10/2011	4-Sistema de Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8332661	6-Data de Vencimento 26/10/2011
7-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025117838000504011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALMIR AUGUSTO BRAGGIO		14-Data de Nascimento 05/03/1991	15-Telefone () - -	16-Nome do titular do plano ALMIR AUGUSTO BRAGGIO	
17-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Substituto DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		24-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		25-Número no CRO 23106	26-UF PR
27-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		28-Número no CRO 23106		29-UF PR	30-Código CBO S
31-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
32-Tabela	33-Código do Procedimento	34-Descrição	35-Dente/Região	36-Face	37-Quantidade US
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
38-Franquia/Co-participação R\$			39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe 42-Assinatura
10,00				03/03/21	Almie
43-Data Previsto Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento
/ /			1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial
46-Valor Total R\$			47-Valor Total Franquia / Co-participação R\$		48-Valor Total Franquia / Co-participação R\$
10,00			10,00		
49-Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	
/ /		05/03/2011 Almie A. Braggio		03/03/21 Almie A. Braggio	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					
CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1336 - CNES 6809999					



Digitalizada com CamScanner

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GM
Taler

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



473691
INTERCÂMBIO

1-Registro PMS 406414	2-Carteira de Identificação do Paciente 10/10/2012/12/11	3-Data de Autuação 10/10/2012/12/11	4-Sistema AUTORIZADO	5-Registro de CUI Principal 8285541	6-Data Validação do Documento 11/10/15/12/11
7-Data Validação do Documento 11/10/15/12/11					
8-Número da Carteira 10020253039680000103					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ANA LUIZA REZENDE CABRERA PEREZ					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano SIMONI REZENDE					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
18-Número no CRO 23106					
19-UF PR					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948					
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
23-Número no CRO 23106					
24-UF PR					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
27-Número no CRO 23106					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0101810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-0101840100090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	0,00
3-01018110100114	CONDICIONAMENTO EM			1	0,00
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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

49-Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---

DOUGLAS RICCI RAYMUNDO
Cirurgião Dentista
CRO/PR 23.106

ANA LUIZA REZENDE CABRERA PEREZ
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



406414		21/03/2012		21/03/2012		AUTORIZADO		8322547		21/03/2012		483246 INTERCÂMBIO							
8-Número da Carteira 0002025303968000000101												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SIMONI REZENDE												14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano SIMONI REZENDE		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCEI RAYMUNDO	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948												18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCEI RAYMUNDO												23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES		27-Número no CRO 23106	
28-UF PR												29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	001810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/03/21		Simoni
2	001813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/03/21		Simoni
3	001813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/03/21		Simoni
4	001813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/03/21		Simoni
5	001813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/03/21		Simoni
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

10-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / -		51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante / / - Douglas Riccei Raimundo		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / - Simoni		53-Data, local e Carimbo da Empresa / / - CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 683063	
--	--	--	--	---	--	---	--



marcada
A*

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



485221
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 25/10/2012	3-Data de Autorização 25/10/2012	4-Serina AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8332628	6-Data Validade da Guia 26/10/2012
7-Número da Carteira 0102025282708010057501			8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	10-Data Validade da Carteira / /
11-Nome ANA PAULA THOMAZI DIAS			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 27/08/1984			14-Telefone () -		
15-Nome do titular do plano ANA PAULA THOMAZI DIAS					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	

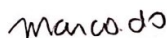
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	03/11/21		Am. S. Dias
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	03/11/21		Am. S. Dias
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	03/11/21		Am. S. Dias
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	03/11/21		Am. S. Dias
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	03/11/21		Am. S. Dias
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / /	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista / / / CRO/PR: 23.106 Douglas Ricci Raymundo	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / / Ana Paula Thomazi Dias	54-Data, local e Carimbo da Empresa / / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 8808999
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



T-Registro ANS 406414		Dados de Emissão da Guia Data: [2][5]/[0][2]/[2][1] Código do Beneficiário: [0][0]2[0]2[5]3[5]6[5]5[7]0[0]0[0]1[0]		4-Dia de Autorização [2][5]/[0][2]/[2][1]		S-Série AUTORIZADO		N-Número da Guia Principal 8332723		F-Data Validade de Serviço [2][6]/[0][5]/[2][1]		885241 INTERCÂMBIO	
Nome do Beneficiário EVERTON LOPES GARCIA		P-Piano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira _/_/ / _/_/		12-Número do Contrato Nacional de Saúde					
Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 10/07/1996		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano EVERTON LOPES GARCIA									
16-Atribuição e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106		19-LF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF [0][5][7][3][1][1][3][9][4][8]		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-LF PR		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 85100200			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-LF PR		29-Código CBO S							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura	
1.	[0][0]	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O V	1	8 8 , 0 0	0 , 0 0			[03/03/21]		Evertton	
2.	[0][0]	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0			[03/03/21]		Evertton	
3.													
4.													
5.													
6.													
7.													
8.													
9.													
10.													
11.													
12.													
13.													
14.													
15.													
43-Data Previsto Término do Tratamento _/_/ _/_/		44-Tipo de Atendimento _/_/ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodonta 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento _/_/ 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US _/_/[1][4][9][0][0]		47-Valor Total R\$ _/_/[0][0][0]		48-Total Franquia / Coparticipação R\$ _/_/ _/_/			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dr Douglas Ricci Raymundo <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Girgião Dentista <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999											

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



Proprietário AUSE 406414		Data de Emissão de Guia 23/10/2012		Data de Autorização 23/10/2012		Situação AUTORIZADO		Número da Guia Principal 8322582		Data Validação de Guia 24/10/2012		483253 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0002025312119900000104				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome BRUNA PAMELA BERTE				21/03/1995		14-Telefone				15-Nome do titular do plano ELIANE PEREIRA BERTE			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106				28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Cente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/03/21		Bruma P.
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00				03/03/21		Bruma P.
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00				03/03/21		Bruma P.
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00				03/03/21		Bruma P.
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00				03/03/21		Bruma P.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
		23/10/2012 Douglas Riccieri Raymundo		23/10/2012 Bruna P. Berte		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	

OdontoLife
Participante para sua saúde

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



406414	26/10/2011	26/10/2011	AUTORIZADO	8335790	27/10/2011	INTERCÂMBIO
10-Número da Carteira 010202528270800057601		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome MATHEUS MATTOS MAYER		14-Telefone 05/06/1997		15-Nome do titular do plano MATHEUS MATTOS MAYER		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106		19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0101811000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00
4-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00
5-010185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00
6-010185300047						
7-010185300047						
8-010185300047						
9-010185300047						
10-010185300047						
11-010185300047						
12-010185300047						
13-010185300047						
14-010185300047						
15-010185300047						
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		

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

serviço

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 68085
---	---	--

Dr. Douglas Ricceri Raymundo
Cirurgião Dentista
CRO/PR 23.106
Douglas Ricceri

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



406414 **11/01/2012** **11/01/2012** **AUTORIZADO** **8286754** **11/01/2012** **475948** **INTERCÂMBIO**

8-Número de Carteira
100202531040400000103

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade de Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
/ / /

13-Nome
JESICA WILEZILEK IKUNO

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
ELIZABETH APARECIDA CANDIDO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO

18-Número no CRO
23106

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0157311133948

22-Nome do Contratado Executante
DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO

23-Número no CRO
23106

24-UF
PR

25-Código CHES
0185100200

26-Nome do Profissional Emiteente
DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO

27-Número no CRO
23106

28-UF
PR

29-Código CBO S
0185100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Resposta
1	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00			12/03/21		
2	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00			12/03/21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
/ /

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

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
176,00

47-Valor Total R\$
10,00

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

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

serviço

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
/ / / **Dr. Douglas Riccieri Raymundo**
Cirurgião Dentista
CRO/PR 23.106

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / **Elizabete Aparecida Candido**

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / / **CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.**
CNPJ: 07.738.896/0001-5
CRO/PR 1206 - CNES 6801

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Cidade de Emissão de Guia 10/103/21	3-Cidade de Autorização 10/103/21	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8372211	6-Data Validade de Guia 10/106/21	7-495327 INTERCÂMBIO				
8-Número da Carteira 0020253576800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS FREITAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS FREITAS							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES						
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S							
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura										
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	10/103/21			
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3,50	0,00	10/103/21			
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3,50	0,00	10/103/21			
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3,50	0,00	10/103/21			
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3,50	0,00	10/103/21			
6-										
7-										
8-										
9-										
10-										
11-										
12-										
13-										
14-										
15-										
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.										
49-Observação										
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/103/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999							

Odontolife *ja e paciente*
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414		2-Data de Emissão da Guia 03/11/03/1211		3-Data de Autorização 03/11/03/1211		4-Sistema AUTORIZADO		5-Número da Guia 8350145		6-Data Validade da Guia 01/11/06/1211		7-Operadora INTERCÂMBIO	
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 0002025282770800048201				10-Plano POS REDE PRESTADORA				11-Data Validade da Carteira / /				12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KARINA BRAGA ALENCAR				14-Telefone 03/06/1980 () -				15-Nome do titular do plano KARINA BRAGA ALENCAR					
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106				19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106				24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106				28-UF PR				29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura		
1	0018100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/03/21			
2	0018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/03/21			
3	0018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/03/21			
4	0018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/03/21			
5	0018530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/03/21			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.899/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 830095
--	--	--	---

Odontolife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Integrado ANS 406414		2-Estado de Emissão da Guia 03/05/2004		3-Data de Autorização 04/05/2004		4-Estado AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 8263332		6-Data Validade da Série 04/05/2004		7-468752 INTERCÂMBIO											
8-Número de Carteira 0020253415100000000102				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome JOAO PEDRO FREITAS GOES																							
14-Data do Contrato (Responsável pelo Tratamento) 03/05/2004																							
15-Atendimento a RN N		16-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				17-Telefone ()				18-Nome do titular do plano AUGUSTO DE FREITAS GOES JUNIOR													
19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				20-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				21-Número no CRO 23106		22-UF PR		23-Código CBO S		24-025 - Faturar Empresa									
25-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				26-Número no CRO 23106				27-UF PR		28-Código CNES		29-Enviar - RX () 85100218		30-Enviar - RX () 85100218									
31-Moeda do Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
32-Tabela																							
33-Código do Procedimento		34-Descrição		35-Dente/Região		36-Face		37-Qtd		38-Quantidade US		39-Valor		40-Franquia/Co-participação R\$									
1-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		27		OVD		1		12200		0000		S 10/03/21									
2-0085100218		RESTAURAÇÃO RESINA		47		ODV		1		12200		0000		S 10/03/21									
3-																							
4-																							
5-																							
6-																							
7-																							
8-																							
9-																							
10-																							
11-																							
12-																							
13-																							
14-																							
15-																							
43-Data Previsão Término do Tratamento				44-Tipo de Atendimento				45-Tipo de Faturamento				46-Total Quantidade US				47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / Co-participação R\$			
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial				24400				0000				0000							

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

Observação:

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		54-Data, local e Carimbo da Empresa	
03/05/2004		03/05/2004		03/05/2004		03/05/2004	
Dr. Douglas Ricceri Raymundo		Dr. Douglas Ricceri Raymundo		Augusto de Freitas Goes Junior		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.	
Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista		Cirurgião Dentista		CNPJ: 07.738.896/0001-50	
CRO/PR 23.106		CRO/PR 23.106		CRO/PR 23.106		CRO/PR 1206 - CNES 680899	

Odontolife
Previdência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

MARCADA



406414		11/01/2012		11/01/2012		AUTORIZADO		8289781		11/01/2012		INTERCÂMBIO	
10-Nome: ANA PAULA NICOLETTI TEIXEIRA													
11-Data Validade de Carteira: 11/01/11													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 11111111111111111111													
13-Plano: POS REDE PRESTADORA													
14-Teléfono: (11) 1111111111													
15-Nome do titular do plano: ANA PAULA NICOLETTI TEIXEIRA													
16-Atendimento a RN: N													
17-Nome do Profissional Solicitante: DOUGLAS RICCI RAYMUNDO													
18-Número no CRO: 23106													
19-UF: PR													
20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05731133948													
22-Nome do Contratado Executante: DOUGLAS RICCI RAYMUNDO													
23-Número no CRO: 23106													
24-UF: PR													
25-Código CNES: 29-Código CBO S													
26-Nome do Profissional Executante: DOUGLAS RICCI RAYMUNDO													
27-Número no CRO: 23106													
28-UF: PR													
29-Código CBO S													
30-Tabela													
31-Código do Procedimento													
32-Descrição													
33-Centro/Região													
34-Face													
35-Ord													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Causa													
42-Assinatura													
43-Data Previsão Término do Tratamento													
44-Tipo de Atendimento													
45-Tipo de Faturamento													
46-Total Quantidade US													
47-Valor Total R\$													
48-Total Franquia / Co-participação R\$													
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
Dr. Douglas Ricci Raimundo													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante													
51-Data, local e Assinatura do Profissional Dentista													
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável													
53-Data, local e Carimbo da Empresa													



C



478435
INTERCÂMBIO

Digitalizada com CamScanner

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

marcado

paciente GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.



1-Modelo ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 04/10/2012	3-Data de Autorização 10/10/2012	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8354710	6-Data Validade da Guia 02/10/2012	7-Valor 490708	8-Tipo de Tratamento INTERCÂMBIO
9-Número da Carteira 00202520648700060501		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Nome MARCO THULIO FERREIRA PERES		15-Data de Nascimento 12/01/1994	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano MARCO THULIO FERREIRA PERES			
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO S 025 -	23-Faturar Empresa	
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		25-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	26-Número no CRO 23106	27-UF PR	28-Código CNES	29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
31-Tabela	32-Código do Procedimento	33-Descrição	34-Dente/Região	35-Face	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	S 18/03/21
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	S 18/03/21
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	S 18/03/21
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	S 18/03/21
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	S 18/03/21
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$		
49-Observação							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/03/21 Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23106		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/03/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 68089	



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

491626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	2-Data de Emissão da Guia 04/10/2013	3-Data de Autorização 05/10/2013	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8358262	6-Validade da Guia 02/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531357100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa IVO MACHADO DA SILVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ADRIANA DA SILVA		14-Telefone 04/10/1981	15-Nome do titular do plano IVO MACHADO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	24-UF PR
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR
29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600
6- /					
7- /					
8- /					
9- /					
10- /					
11- /					
12- /					
13- /					
14- /					
15- /					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 178,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Adriana da Silva	
53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 8308999					

marcudo

C.



Digitalizada com CamScanner

9977425

Odontolife
tranquilidade para você sorrirmanchado
1x

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

483261
INTERCÂMBIO

1-Registro 408414	2-Data de Emissão da Guia (2/3/10/2/1/2/1)	3-Data de Validade da Guia (2/3/10/2/1/2/1)	4-Autorização AUTORIZADO	5-Registro da Guia Principal 8322588	6-Data de Validade da Guia (2/4/10/5/1/2/1)
7-Número de Carteira (0/0/2/0/2/5/3/5/7/9/8/3/0/0/0/0/1/0/1)	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome JULIA NARA WIRTI	13-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 14/04/1994	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JULIA NARA WIRTI		
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (0/5/7/3/1/1/3/3/9/4/8/)	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glósa	42-Assinatura
1	0018100000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			13/07/21		Juliana Wirti
2	0018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			13/07/21		Juliana Wirti
3	0018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			13/07/21		Juliana Wirti
4	0018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			13/07/21		Juliana Wirti
5	0018140000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			13/07/21		Juliana Wirti
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999Dr. Douglas Ricceri Raymundo
Cirurgião Dentista
CRO/PR: 23.106

Juliana Wirti

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

1x mercado

C.

[illegible]

OdontoLife
Inscrição para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	3-Data de Autorização 03/10/2012	4-Sexo AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8353129	6-Data Validade da Guia 01/10/2012	7-Valor da Guia 490316
8-Número da Carteira 002020253530400000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome KAYLANE RODRIGUES			14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ROSAINA MARIA JACINTHO	
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executor DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106
25-Nome do Profissional Executor DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR
29-Código CBO S				30-UF PR		31-Código CBO S
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
33-Tabela	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Quantidade US	39-Valor
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	0,00
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,50
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,50
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,50
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,50
6- / / / / /						
7- / / / / /						
8- / / / / /						
9- / / / / /						
10- / / / / /						
11- / / / / /						
12- / / / / /						
13- / / / / /						
14- / / / / /						
15- / / / / /						
43-Data Previsão Término do Tratamento / /						
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 174,00						
47-Valor Total R\$ 0,00						
48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / / / /						
51-Data, local e Assinatura do Profissional Executor / / / / /						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / / / /						
53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /						

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



496548
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 11/03/21	3-Data de Autorização 11/03/21	4-Situação AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 8377292	6-Data Validade da Guia 09/06/21
8-Número da Carteira 00202528270800046601		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GABRIEL NUNES DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano GABRIEL NUNES DA SILVA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/03/21		Sobral
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			16/03/21		Sobral
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			16/03/21		Sobral
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			16/03/21		Sobral
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			16/03/21		Sobral

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/21 Douglas Ricci Raimundo CRO/PR:23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/21 Gabriel Nunes da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	---	--

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

marcado

paciente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.



2-Nº

490708
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão de Guia 01/03/21	3-Data de Autorização 11/03/21	4-Série AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8354710	6-Data Validade da Guia 02/06/21	7-Data Validade da Guia 02/06/21
8-Data do Beneficiário						
9-Número da Carteira 00202520648700060501	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	12-Data Validade da Carteira	13-Número do Cartão Nacional de Saúde		
14-Nome MARCO THULIO FERREIRA PERES		15-Data 12/01/1994	16-Telefone () - - - - -	17-Nome do titular do plano MARCO THULIO FERREIRA PERES		
18-Atendimento a RN N						
19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO S	23-025 - Faturar Empresa	
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0573113948		25-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	26-Número no CRO 23106	27-UF PR	28-Código CNES	
29-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		30-Número no CRO 23106	31-UF PR	32-Código CBO S		
33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
34-30-Tabela	35-31-Código do Procedimento	36-32-Descrição	37-33-Dente/Região	38-34-Face	39-35-Qtd	40-36-Quantidade US
1	00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
41-37-Valor		42-38-Franquia/Co-participação R\$		43-39-Aut		44-40-Data de Realização
178,00		0,00		025		12/03/21
45-41-Motivo da Glosa		46-42-Assinatura		47-43-Valor Total R\$		
				10,00		
48-44-Total Franquia / Co-participação R\$		49-45-Total Quantidade US				
		178,00				
46-46-Total Valor R\$						
188,00						
47-47-Data Previsão Término do Tratamento						
11/03/21						
48-48-Tipo de Atendimento						
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
49-49-Tipo de Faturamento						
1-Total 2-Parcial						
50-50-Total Quantidade US						
178,00						
51-51-Valor Total R\$						
188,00						
52-52-Total Franquia / Co-participação R\$						
0,00						
53-53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante						
11/03/21						
54-54-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante						
11/03/21						
55-55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável						
11/03/21						
56-56-Data, local e Carimbo da Empresa						
11/03/21						

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

49-Observação

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