OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 663492
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8947176	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020203940390001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCA RENATA CARNEIRO DA SILVA 07/02/2003	( ) -	FRANCISCA RENATA CARNEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-22
(I) 81000421-RIS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	852001666	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	22		1	258,00	0,00		S	13/08/21		Francisca Renat
2	00	810004211	RX PERIAPICAL OK	RIS		1	14,00	0,00		S	24/08/21		Francisca Renat
3	00	851001966	RESTAURAÇÃO RESINA OK	17	O	1	61,00	0,00		S	24/08/21		Francisca Renat
4	00	851001966	RESTAURAÇÃO RESINA OK	24	O	1	61,00	0,00		S	24/08/21		Francisca Renat
5	00	851001966	RESTAURAÇÃO RESINA OK	22	P	1	61,00	0,00		S	13/08/21		Francisca Renat
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	455,00	0,00	

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/21	13/08/21 Francisca Renata carneiro silva.	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

665669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/08/21	18/08/21	AUTORIZADO	8953695	16/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253872180000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA SIMOES ROCHA 08/07/1989	( ) -	PRISCILA SIMOES ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	25/08/21		PRISCILA
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/08/21 Leonardo A. P. Bringhentti Cirurgião Dentista CRO-PR 29107	25/08/21 PRISCILA	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 663386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8946861	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253968470000101 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANI APARECIDA BUENO 10/08/1974	( ) -	RONALDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0974064190 3	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	17		1	730,00	0,00		S	31/08/21		Rosani
2	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	730,00	0,00		S	31/08/21		Rosani
3	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	13		1	730,00	0,00		S	31/08/21		Rosani
4	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	23		1	730,00	0,00		S	31/08/21		Rosani
5	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	25		1	730,00	0,00		S	31/08/21		Rosani
6	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	730,00	0,00		S	31/08/21		Rosani
7	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	33		1	730,00	0,00		S	27/08/21		Rosani
8	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	34		1	730,00	0,00		S	27/08/21		Rosani
9	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	730,00	0,00		S	27/08/21		Rosani
10	00	82008875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	730,00	0,00		S	27/08/21		Rosani
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	730,00	0,00	

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/21	27/08/21 Rosani	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 663410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8946909	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205396847000001 03	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANI APARECIDA BUENO 10/08/1974	( ) -	RONALDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
097406419031	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RCIE (I) 81000421-
(I) 81000421- (I) 81000421-RPSE (I) 81000421-RPIE
(I) 81000421- (I) 81000421- (I) 81000421-RPID

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
2	00	81010421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
3	00	81010421	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
4	00	81010421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
5	00	81010421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
6	00	81010421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
7	00	81010421	RX PERIAPICAL	RCIE		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
8	00	81010421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
9	00	81010421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14	00	00	S	27/08/21		Rosani
10	00	81010421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14	00	00		/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/21	27/08/21 Rosani	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 663441
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8946999	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205396847000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RONALDO DE OLIVEIRA 08/09/1975	( ) -	RONALDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-37
(I) 81000421-
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	852008158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	37		1	533,00	0,00		S	27/08/21		Ronaldo
2-	00	810004021	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	27/08/21		Ronaldo
3-	00	851002188	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MLO	1	122,00	0,00		S	27/08/21		Ronaldo
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	669,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
/ /	27/08/21 Leonardo A. P. Bringhentti Cirurgião Dentista CRO-PR 29107	27/08/21 Ronaldo de Oliveira	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 663338
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8946719	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253968470000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RONEI BUENO DE OLIVEIRA	23/07/1997	( ) -	RONALDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 81000421-RPSE
(I) 81000421-
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	36		1	73,00	0,00		S	01/09/21		Ronei
2-	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	01/09/21		Ronei
3-	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	73,00	0,00		S	30/08/21		Ronei
4-	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	01/09/21		Ronei
5-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OL	1	88,00	0,00		S	30/08/21		Ronei
6-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	01/09/21		Ronei
7-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	01/09/21		Ronei
8-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	01/09/21		Ronei
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	422,00	0,00	

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhentti
Cirurgião Dentista
CRO PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/21	01/09/21 Ronei	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 663324
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/21	17/08/21	AUTORIZADO	8946670	15/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025396847000010105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SABRINA MARQUES CAMARGO 14/05/1997	( ) -	RONALDO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 81000421-
(I) 85100200
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	31/08/21		Sabrina
2 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00		S	01/09/21		Sabrina
3 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	01/09/21		Sabrina
4 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	31/08/21		Sabrina
5 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	31/08/21		Sabrina
6 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	31/08/21		Sabrina
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	326,00	0,00	

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhentti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/21	01/09/21 Sabrina M. Camargo	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

645900
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/21	11/08/21	AUTORIZADO	8894570	01/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025439320000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCA RENATA CARNEIRO DA SILVA 07/02/2003	( ) -	FRANCISCA RENATA CARNEIRO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	16/08/21		Francisca
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	16/08/21		Francisca
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	16/08/21		Francisca
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	16/08/21		Francisca
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	16/08/21		Francisca
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/08/21	16/08/21 Francisca Renata Carneiro da Silva	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

642016
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/21	11/08/21	AUTORIZADO	8882565	28/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202540370000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VERA LUCIA DE ARRUDA 12/05/1973	( ) -	VERA LUCIA DE ARRUDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	18/08/21		Vera
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	18/08/21		Vera
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/08/21		Vera
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	18/08/21		Vera
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	18/08/21		Vera
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhenti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/21	18/08/21 Vera Lucia de Arruda	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 629512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/21	05/08/21	AUTORIZADO	8684869	08/09/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025268360901861	POS REDE PRESTADORA	COAMO AGROINDUSTRIAL	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADELIO DE OLIVEIRA STEFAN 03/09/1993	( ) -	ADELIO DE OLIVEIRA STEFAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	S	06/08/21	1319	Adelio
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00	0,00	S	06/08/21	1319	Adelio
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	28,00	0,00	

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhentti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/21	06/08/21 Adelio de O Stefan	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 629511
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/21	05/08/21	AUTORIZADO	8684376	08/09/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020250268360090860 1	POS REDE PRESTADORA	COAMO AGROINDUSTRIAL	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADELIO DE OLIVEIRA STEFAN 03/09/1993	( ) -	ADELIO DE OLIVEIRA STEFAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09740641903	LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LEONARDO ALBERTO PERIOLO BRINGHENTTI	29107	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	06/08/21	1319	Adelio
2 -	00	85100056	CURATIVO DE DEMORA EM	36		1	8	00	00	S	06/08/21	1319	Adelio
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	42,00	0,00	,

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

49-Observação

Leonardo A. P. Bringhentti
Cirurgião Dentista
CRO-PR 29107

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/21	06/08/21 Adelio de O. Stefan	/ /