OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356933
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7787874	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253073858000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PIETRO NEGRINI DE SANTANA 24/01/2011	( ) -	EDER LUCIANO NEGRINI DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	18	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	31/08/20		
2	18	00840090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00	00	S	31/08/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106 00	00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	31/08/20	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

351260
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7764696	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530781800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JAMESSON BORRALHO PAES DE BARROS FILHO	30/07/1990	( ) -	JAMESSON BORRALHO PAES DE BARROS FILHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	31/08/20		
2-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	31/08/20		
3-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	05/08/20		
4-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	05/08/20		
5-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	0,00	S	19/08/20		
6-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
7-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
8-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	S	31/08/20		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	650,00	0,00	

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

49-Observação
. imagens analisadas

Dr. Estevam Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20	30/08/20	/ /

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353775
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7773006	08/11/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851020020	RESTAURAÇÃO RESINA	48	VO	1	88,00	0,00		S	13/08/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação
. imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20	/ /

Dr Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20857

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 363790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/08/20	26/08/20	AUTORIZADO	7820622	23/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800009401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANGELA CECILIA SALES DURES 01/03/1985	( ) -	ANGELA CECILIA SALES DURES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	31/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	31/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	31/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	31/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	363	0,00		S	31/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20	31/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA UDONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 206 - CNES 6808999

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355482 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7781297	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800043901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YARA CHRISTIANE DE OLIVEIRA METZ 21/04/1990	( ) -	YARA CHRISTIANE DE OLIVEIRA METZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	14/08/20		Yara
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Dr. Estevan Soares Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	14/08/20 yara christiane	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6888690

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 311348
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/05/20	14/08/20	AUTORIZADO	7549320	05/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528632800000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WALLISON MATHEUS CORREIA DA SILVA 26/06/2006	( ) -	ELISANGELA CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	14		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	15		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
5	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	24		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	25		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
8	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
9	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	34		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
10	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	35		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
11	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	44		1	49,00	0,00		S	14/08/20		Elisangela
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura
/ /	14/08/20	14/08/20 Elisangela Correia	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Retorno 6M / Ossinan

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

359863
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7800826	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202521185500174102	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAELA ELIZE DE MORAIS FERNANDES DELATE 17/07/1983	( ) -	SILVIO MARCELO FERREIRA DELATERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20		Rafaela
2		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Rafaela
3		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Rafaela
4		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Rafaela
5		00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Entidade
/ /	19/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	19/08/20 Rafaela Elize	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.[illegible].896/0001-50 CRO/PR [illegible] CNES 6808990

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354832 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7778135	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800031201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCIELE COSTA SANTOS 19/05/1992	( ) -	FRANCIELE COSTA SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	14/08/20		Franciele
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/08/20		Franciele
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/08/20		Franciele
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/08/20		Franciele
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/08/20		Franciele
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta. O profissional 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 ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Selo, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20	14/08/20 Franciele	/ /

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 363784

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/08/20	27/08/20	AUTORIZADO	7820596	23/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800016301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANA GIOVANELI DIAS RIBEIRO	02/10/1987	( ) -	JULIANA GIOVANELI DIAS RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pela Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/08/20		- Juliana
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	26/08/20		- Juliana
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	26/08/20		- Juliana
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	26/08/20		- Juliana
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	26/08/20		- Juliana
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /	26/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	26/08/20 - Juliana	/ /

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

358497
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número de Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7794747	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529356700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THELLE MOREIRA 19/08/1991	( ) -	THELLE MOREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd.	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	/ /		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	20/08/20		
3	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	20/08/20		
4	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	20/08/20		
5	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	20/08/20		
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	20/08/20		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	546,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Data, local e Assinatura do Executante
/ /	20/08/20	20/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 208 --

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 10.739.896/0001-60
CNES 9206 - CNES 6880998

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349495

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	04/08/20	AUTORIZADO	7753277	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530182300000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AIRTON LOPES METZ 10/02/2006	( ) -	MARIA SALETE RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/08/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/08/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/08/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	28/08/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	28/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/08/20	28/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você fazer

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349288

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	19/08/20	AUTORIZADO	7752176	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530392900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IDALINO DE DEUS CORREIA 12/09/1946	( ) -	IDALINO DE DEUS CORREIA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VO	1	88,00	0,00		S	19/08/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Provisão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR	19/08/20	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.736.896/0001-50 CRO/PR 7806 CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	26/08/20	AUTORIZADO	7787893	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800049501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANA ARANTES QUILES 15/01/1989	( ) -	JULIANA ARANTES QUILES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/08/20	22/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 359416

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7799003	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080004650 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BEATRIZ CRISTINA DE JESUS 28/02/1995	( ) -	BEATRIZ CRISTINA DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	22/08/20		Beatriz
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	22/08/20		Beatriz
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	22/08/20		Beatriz
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	22/08/20		Beatriz
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	22/08/20		Beatriz
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/08/20 Beatriz	22/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339068

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	26/08/20	AUTORIZADO	7704176	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507517100026201	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIAMAR MENEGUETTI 09/05/1982	( ) -	ELIAMAR MENEGUETTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimento(s) Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/08/20		Eliamar
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	22/08/20		Eliamar
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	22/08/20		Eliamar
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	22/08/20		Eliamar
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	22/08/20		Eliamar
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	22/08/20 Dr. Estevam Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	22/08/20 Eliamar	/ /

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1299 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	08/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7691828	06/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080001960 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THAIS ROSANE GOMES DA SILVA 11/10/1993	( ) -	THAIS ROSANE GOMES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/20	27/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 2205 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355247 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7780376	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530367700000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00		S	12/08/20		Valter A.F.
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação
. imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	12/08/20 Valter A. Ferreira	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

349157
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	06/08/20	AUTORIZADO	7751616	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800044301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROQUE CRISTALDO VELAZQUEZ 16/08/1989	( ) -	ROQUE CRISTALDO VELAZQUEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	21/08/20		Roque
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20	21/08/20 Roque	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

ESTEVAN SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 19085 CNES 6808469

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

par

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353715

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7772785	08/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800041601	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CHISLEI CHUELI SILVA PERANDRI 03/03/1988	( ) -	CHISLEI CHUELI SILVA PERANDRI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

Enviar - RX

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	3610,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	3610,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
3-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	3610,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
4-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	3610,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	140,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
6-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	140,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
7-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	140,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
8-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	140,00	0,00		S	21/08/20		Chisl
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	15000,00	0,00	

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

49-Observação

Dr Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.733.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20	21/08/20 Chisl Perandri	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342336

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7719085	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005202	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDIA DA COSTA BARROSO 30/06/1986	( ) -	ADOLFO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	11/08/20		Claudio
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00		S	11/08/20		Claudio
3	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOV	1	122,00	0,00		S	20/08/20		Claudio
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Claudio
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Claudio
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Claudio
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Claudio
8	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Claudio
9	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DOV	1	122,00	0,00		S	11/08/20		Claudio
10	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	VO	1	88,00	0,00		S	11/08/20		Claudio
11	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	11/08/20		Claudio
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	908,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo Executante
/ /	20/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	20/08/20 Claudio	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352431 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7767042	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530720800000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL RAMIRES FERREIRA 04/07/1981	( ) -	RAFAEL RAMIRES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343571
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	20/08/20	AUTORIZADO	7724612	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800011801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISANGELA GRANETTO	02/04/1980	( ) -	ELISANGELA GRANETTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo (nome, nº CRO)
/ /	29/08/20	20/08/20 - Elisangela Granetto	/ /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 12405 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

original

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

352102
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7765540	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252966150000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSEANE PEREIRA BENTO DA SIVA 08/02/1986	( ) -	CIRILO DA SILVA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20		Joseane
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Joseane
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Joseane
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Joseane
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/20		Joseane
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	LR / 06 / 20	19 / 08 / 20 Joseane Bento	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

350108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	04/08/20	AUTORIZADO	7755939	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00820008833	FRENULECTOMIA LABIAL			1	212,00	0,00		S	29/06/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	212,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/08/20	29/06/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341093
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7713493	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202507517100022701	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ROSANE VARGAS FORTUNA 23/05/1962	( ) -	ROSANE VARGAS FORTUNA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/06/20		
2		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
3		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/06/20		
4		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
5		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20	19/07/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341091

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7713485	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250751710002270 3	POS REDE PRESTADORA	COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLON JOSE VARGAS FORTUNA 27/05/2004	( ) -	ROSANE VARGAS FORTUNA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/08/20		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	18/08/20		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	18/08/20		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	18/08/20		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	18/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/20	18/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA.
CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 5908999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7780825	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800000940 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANGELA CECILIA SALES DURES 01/03/1985	( ) -	ANGELA CECILIA SALES DURES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 82001288-38 (I) 81000421-
(I) 82001286-48
(I) 81000421-

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	19/08/20		
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	19/08/20		
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	19/08/20		
4-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	19/08/20		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	750,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião-Dentista CRO/PR 20852	19/08/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358220

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7793446	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800001602	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAIS GRILO ALVES DE JESUS 20/09/2005	( ) 3524-6835	EMERSON ALVES DE JESUS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	19/08/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	19/08/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	19/08/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	19/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Executante
/ /	19/08/20	19/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.268.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

352915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7769574	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528356300000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VLADIMIR MADRUGA 22/05/1971	( ) -	VLADIMIR MADRUGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	1220,00	0,00		S	19/08/20		
2	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88,00	0,00		S	19/08/20		
3	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DO	1	88,00	0,00		S	19/08/20		
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2980,00	0,00	

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

49-Observação
. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	18/08/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7731157	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205290230000001202	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE PANDEIRO LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JORGE ARMANDO DE SOUZA 19/02/1985	( ) -	GLAUCIA CARDOSO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100225
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100215 (I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	19/06/20		Jorge
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	19/06/20		Jorge
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	19/06/20		Jorge
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	19/06/20		Jorge
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	19/06/20		Jorge
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	610	0,00		S	12/08/20		Jorge
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	610	0,00		S	12/08/20		Jorge
8	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	880	0,00		S	12/08/20		Jorge
9	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	880	0,00		S	12/08/20		Jorge
10	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	1220	0,00		S	19/06/20		Jorge
11	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVMP	1	1220	0,00		S	19/06/20		Jorge
12	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MP	1	880	0,00		S	19/06/20		Jorge
13	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	610	0,00		S	19/06/20		Jorge
14	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	880	0,00		S	19/06/20		Jorge
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	9570	0,00	

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1906 - CNES 6808999

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344728
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7731185	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529023000001202	POS REDE PRESTADORA	RESTAURANTE PANDEIRO LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JORGE ARMANDO DE SOUZA 19/02/1985	( ) -	GLAUCIA CARDOSO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VO	1	88,00	0,00		S	18/08/20		- Jorge
2	00	85101976	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	18/08/20		- Jorge
3	00	85101976	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	18/08/20		- Jorge
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VO	1	88,00	0,00		S	18/08/20		- Jorge
5	00	85101976	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	18/08/20		-
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	47	VO	1	88,00	0,00		S	18/08/20		-
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	447,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/20	18/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352125
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7765725	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530848900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSIMERI MARTINS	11/12/1988	( ) -	ROSIMERI MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	730	0,00		S	16/08/20		
2	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	730	0,00		S	03/08/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	610	0,00		S	03/08/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	610	0,00		S	03/08/20		
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	880	0,00		S	06/08/20		
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	880	0,00		S	06/08/20		
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OD	1	880	0,00		S	06/08/20		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5320	0,00	

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

49-Observação
imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura
/ /	16/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/08/20	/ /

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338035

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7699300	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530848900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSIMERI MARTINS 11/12/1988	( ) -	ROSIMERI MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808099

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358223
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7793450	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800021701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FLAVIA MENEGHIM ZANELLA 13/03/1990	( ) -	FLAVIA MENEGHIM ZANELLA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3400	0,00		S	18/08/20		Flávia
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3600	0,00		S	18/08/20		flavia
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600	0,00		S	18/08/20		flavia
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600	0,00		S	18/08/20		flavia
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600	0,00		S	18/08/20		flavia
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1700	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Fa
/ /	18/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	18/08/20 Flávia M. Z.	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 350645 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão de Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7758835	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506961600007903	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS SERV DO PODER		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELA BERGHAN MEULAM 15/06/2013	( ) -	RAFAEL JOAO SEUBERT MEULAM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

025 - Faturar Empresa

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	18/08/20		Raquel B. M
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	18/08/20		Raquel B. M
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	18/08/20		Raquel B. M
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	18/08/20		Raquel B. M
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	196,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	18/08/20 Raquel B. Meulam	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344649

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7730846	21/10/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530712600000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA PASQUALI RIBEIRO 16/12/1990	( ) -	WALLACY ROBERTO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/08/20	17/08/20 Jessica P.	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344651
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7730848	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530712600000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS RIBEIRO CARDOSO 03/08/2009	( ) -	WALLACY ROBERTO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/08/20	23/08/20 Jessica P.	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344654 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7730852	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205307126000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CLARA RIBEIRO CARDOSO 22/12/2010	( ) -	WALLACY ROBERTO CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00810006 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	23/08/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura Empresa
/ /	23/08/20	23/08/20 Jessica P.	/ /

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340136

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7710967	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530367700000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	08/20		Valter A. Ferreira
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	17/08/20 Valter A. Ferreira	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7710712	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530367700000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00		S	12/08/20		Valter A. Ferreira
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	12/08/20		Valter A. Ferreira
3-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	46		1	73,00	0,00		S	12/08/20		Valter A. Ferreira
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	249,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	12/08/20 Valter A. Ferreira	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342317

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7719003	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530585100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN 31/03/2000	( )	VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	13/08/20		
2-	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DMO	1	122,00	0,00		S	13/08/20		
3-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	0,00		S	14/08/20		
4-	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	14/08/20		
5-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MO	1	88,00	0,00		S	14/08/20		
6-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88,00	0,00		S	14/08/20		
7-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	14/08/20		
8-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	13/08/20		
9-	00	85101976	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	13/08/20		
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	833,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	13/08/20 Vinicios Kuhn	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1286 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2#

339540
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	12/08/20	AUTORIZADO	7706507	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700800440101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSALINA MULLER 26/05/1983	( ) -	ROSALINA MULLER

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.735.996/0001-50
CRO/PR 1204 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7710771	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade de Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530585100000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DARLENE BRIGIDA ALBERTUNI KUHN 01/02/1976	( ) -	VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Alerta
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DOM	1	1220	0,00		S	13/08/20		
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	1220	0,00		S	13/08/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2440	0,00	

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

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20	/ /

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355921 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7783309	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530585100000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DARLENE BRIGIDA ALBERTUNI KUHN 01/02/1976	( ) -	VINICIOS MIGUEL ALBERTUNI KUHN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	19	00851021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVM	1	1220	0,00		S	13/08/20		
2	19	00851021 8	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVM	1	1220	0,00		S	13/08/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2440	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	13/08/20	/ / CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.758.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339453

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706174	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527971930000090 3	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	8800	0,00		S	12/08/20		Neiva
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	8800	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	12/08/20 Neiva	/ /

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343447
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7724300	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082700804390 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YARA CHRISTIANE DE OLIVEIRA METZ 21/04/1990	( )	YARA CHRISTIANE DE OLIVEIRA METZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	22/07/20		Yara metz
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Executante
/ /	22/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	22/07/20 Yara metz	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 309157

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/04/20	24/07/20	AUTORIZADO	7535537	27/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529664004000000105	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDINEIA CARDOSO	19/07/1987	( ) -	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	11/08/20		Claudineia
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	11/08/20		Claudineia
3	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VOM	1	122,00	0,00	0,00	S	11/08/20		Claudineia
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	11/08/20		Claudineia
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	359,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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, Carimbo e Assinatura
/ /	11/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	11/08/20 Claudineia	/ /

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339483 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706281	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00252966040000010105	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDINEIA CARDOSO 19/07/1987	( ) -	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	6100	0,00		S	16/07/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6100	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	16/07/20 Claudineia	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	10/08/20	AUTORIZADO	7771000	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800037401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
YONE ONUMA 01/10/1971	( ) -	YONE ONUMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20	10/08/20	/ /

ESTEVAN SOARES SCHERER
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.893/0001-50
CRO/PR 1596 - CNES 6960

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7710870	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530762100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE KREULICH 17/09/2000	( ) -	FELIPE KREULICH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

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

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

(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 82001286-28 (I) 81000421-
(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 82001286-38 (I) 81000421-
(I) 85100200 (I) 85100200 (I) 82001286-48 (I) 81000421-

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DO	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
3	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DO	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
4	00	85102002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122,00	0,00		S	06/08/20		
5	00	85102002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	06/08/20		
6	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
7	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	06/08/20		
8	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	36,00	0,00		S	06/08/20		
9	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	36,00	0,00		S	06/08/20		
10	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	36,00	0,00		S	06/08/20		
11	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
12	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
13	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/08/20		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1782,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/08/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	02/08/20	CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6806909

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339378

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7705818	13/10/20

Dados do Beneficiário

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

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	15/08/20		
2		00851002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	15/08/20		
3		00851002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DO	1	88,00	0,00		S	15/08/20		
4		00851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	15/08/20		
5		00851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	06/08/20		
6		00851002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
7		00851002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VO	1	88,00	0,00		S	06/08/20		
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	535,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/08/20	15/08/20	/ /

Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 35.5[illegible]/0001-50
CRO/PR [illegible]

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306782

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/04/20	16/07/20	AUTORIZADO	7515123	15/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529505200000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSEANE PEREIRA BENTO 08/02/1986	( ) -	ROSEANE PEREIRA BENTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX

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

(I) 85100200 (I) 85100200

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

(I) 85100200

(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	31/01/20		Roseane
2-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DO	1	88,00	0,00		S	05/02/20		Roseane
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00		S	05/02/20		Roseane
4-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00		S	13/02/20		Roseane
5-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DV	1	88,00	0,00		S	05/06/20		Roseane
6-	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DO	1	88,00	0,00		S	31/02/20		Roseane
7-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	31/07/20		Roseane
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	547,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/08/20	05/08/20 Roseane P. Bento	/ /

Dr. Estevan Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.248.205/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 7808099

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 339383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7705860	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205305500000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDNELSON NASCIMENTO VIEIRA BERNARDO 18/02/1981	( ) -	ELLEN JESSEN DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX

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

(I) 82001286-48 (I) 85100218 (I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	0,00		S	04/08/20		EDNELSON
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	24		1	730	0,00		S	04/08/20		EDNELSON
3	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	730	0,00		S	04/08/20		EDNELSON
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361	0,00		S	04/08/20		EDNELSON
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61	0,00		S	29/07/20		EDNELSON
6	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DMP	1	122	0,00		S	29/07/20		EDNELSON
7	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122	0,00		S	29/07/20		EDNELSON
8	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VDP	1	122	0,00		S	29/07/20		EDNELSON
9	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	VO	1	88	0,00		S	29/07/20		EDNELSON
10	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	LM	1	88	0,00		S	31/07/20		EDNELSON
11	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	32	LD	1	88	0,00		S	31/07/20		EDNELSON
12	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DO	1	88	0,00		S	04/08/20		EDNELSON
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1359,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/07/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	29/07/20 EDNELSON	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-30 CRO/PR 1206

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

342887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7721478	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530662100000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCILEIDE FLOZINA DA ROCHA	05/03/1979	( ) -	LUCILEIDE FLOZINA DA 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	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340		0,00	S	04/08/20		Lucileide
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360		0,00	S	04/08/20		Lucileide
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360		0,00	S	04/08/20		Lucileide
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360		0,00	S	04/08/20		Lucileide
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360		0,00	S	04/08/20		Lucileide
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20	04/08/20 Lucileide Rocha	/ /

ESTEVAN SOARES SCHERER
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ESTEVAN SOARES SCHERER LTDA
CNPJ: 07.[illegible].896/0001-50
CRO/PR [illegible] CNES 6808509

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342891
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7721491	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530662100000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA ILDA DA ROCHA TISCHNER 20/05/2001	( ) -	LUCILEIDE FLOZINA DA 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	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	04/08/20		Lucileide
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	04/08/20		Lucileide
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	04/08/20		Lucileide
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	04/08/20		Lucileide
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	04/08/20		Lucileide
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/08/20	04/08/20 Lucileide	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
ESTEVAN SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.178.896/0001-50
CRO/PR 1105 - CNES 5865069

Odontolife
tranquilidade para você dar e

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342096
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7717887	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205069616000079033	POS REDE PRESTADORA	SIND DOS SERV DO PODER	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELA BERGHAN MEULAM 15/06/2013	( ) -	RAFAEL JOAO SEUBERT MEULAM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CID	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81005	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	04/08/20		Raquel B. S. M.
2	00	81004	CONDICIONAMENTO EM			1	70	00	0,00	S	04/08/20		Raquel B. S. M.
3	00	84009	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00	0,00	S	04/08/20		Raquel B. S. M.
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/08/20 Dr. Estevan Soares Scherer Cirurgião Dentista	04/08/20 - Raquel B. S. Meulam	/ /

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.73[illegible]/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES [illegible]

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362114

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362114

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código de Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 342293

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 342293

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530702500000101 - EDERSON DE ASSIS FERREIRA SILVA

17 - Código da Glosa da Guia:

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

1- 20/07/2020 | 48 | | 01 | 94 | 82001286 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS | 3044
21660
0,00
Simples? Observe por favor a direção do elemento, e como está mesializado e impactado na coroa do vizinho, procedimento com necessidade de odondosecção para remoção, como isso é simples?

2- 20/07/2020 | 38 | | 01 | 94 | 82001286 | REMOÇÃO DE DENTES INCLUSOS / IMPACTADOS | 3044
21660
0,00
Simples? Observe por favor a direção do elemento, e como está mesializado e impactado na coroa do vizinho, procedimento com necessidade de odondosecção para remoção, como isso é simples?

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 4320

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

34 - Data do Recurso: 21/07/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362113

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	362113

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738960001550	20852/PR - ESTEVAN SOARES SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
340017	340017	AUTORIZADO	00202530752000000101 - ALINE CAMARGO DOS SANTOS

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

Dados dos Itens da Guia

	20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
	28 - Valor Recursado	29 - Justificativa do Prestador						
	30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora						
1-	15072020	45	D	O	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
	5280	Lesão ativa nas faces solicitadas, espelho clinico posicionado justamente para sua visualização... Procedimento autorizado previamente e realizado, favor prosseguir com o pagamento							
	0000								
2-	15072020	44		O		01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
	3660	Cárie em sulco visual na imagem fotografica anexada, bem como restauração em resina insatisfatória. Procedimento autorizado previamente e realizado, favor prosseguir com o pagamento							
	0000								
3-									
4-									
5-									
6-									

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
8940	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
16072020			

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362112

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuido pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	362112

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07388960001501	20852/PR - ESTEVAN SOARES SCHERER

Dados do Recurso de Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
340014	340014	AUTORIZADO	00202530752000000101 - ALINE CAMARGO DOS SANTOS

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

Dados dos Itens da Guia

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

1-	15/07/2020	15	D,O,M	01	94	85	10	02	18
	7320								
	0000								

RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES — 3040

Radiolucidez é de facil visualização na imagem radiografica interproximal... até na imagem fotografica é possivel ver o defeito no esmalte causado pela lesão... não tem como enviar imagem mais claras a vcs... isso é cansativo...

2-

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
7320	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
17/07/2020			

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador: 362111

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3621111

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 336962

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 336962

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530131400000101 - DJULLY BARBI FURQUIM ALVES

17 - Código da Glosa da Guia

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data do Realização do Procedimento
26 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
28 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glosa

1-	09/07/2020		46		O	M	V	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
		7320									Elemento com estrutura dental remanescente suficiente para indicação de restauração direta, presença de 3 cuspides e 1 proximal intactas, confira com a literatura. Me responsabilizo pelo plano de tratamento estabelecido,	
		000										
2-	09/07/2020		45		D	O	V	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
		7320									Cárie em esmalte presente, sendo seu acesso possivel pela oclusal, e lesao ativa na vestibular. Procedimento autprizado previamente, e executado como tal, favor realizar o pagamento.	
		000										
3-	09/07/2020		21		D	P	M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
		7320									Desmineralização na proximal é facilmente visualizada na imagem fotografica, nem precisa de muito esforço, vamos ser justos pessoal, por favor. Procedimento autorizado previamente e executado.	
		000										
4-	09/07/2020		22		M	P		01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
		5280									Desmineralização na proximal é facilmente visualizada na imagem fotografica, nem precisa de muito esforço, vamos ser justos pessoal, por favor. Procedimento autorizado previamente e executado.	
		000										
5-	09/07/2020		11		M	P		01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
		5280									Desmineralização na proximal é facilmente visualizada na imagem fotografica, nem precisa de muito esforço, vamos ser justos pessoal, por favor. Procedimento autorizado previamente e executado.	
		000										
6-	09/07/2020		14		D	O		01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
		5280									Possivel visualizar a sombra do tecido cariado na imagem fotografica, e a radiolucidez na proximal em radiografica interproximal, lesão cariosa obvia. Procedimento autorizado previamente e executado. Favor prosseguir com o	
		000										
7-	09/07/2020		15		O	M		01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
		5280									Possivel visualizar a sombra do tecido cariado na imagem fotografica, e a radiolucidez na proximal em radiografica interproximal, lesão cariosa obvia. Procedimento autorizado previamente e executado. Favor prosseguir com o	
		000										

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

Ursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
430,80	0,00

do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
00/07/2020			

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362110

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	362110

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário	17 - Código da Glosa da Guia	18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)	19 -
336834	336834	AUTORIZADO	00202529507000000102 - ANA JULIA HANSEN CAVALCANTE			

Dados dos Itens da Guia

	20 - Data de Realização do Procedimento	21 - Dente/Região	22 - Face	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
	28 - Valor Recursado	29 - Justificativa do Prestador						
	30 - Valor Acatado	31 - Justificativa da Operadora						
1-	09072020	47	O	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
	3660	Presença de carie em ambas as faces, e foi restaurado ambas as faces (OV), foi solicitado somente uma, porem realizada ambas. Procedimento autorizado previamente, e executado, favor realizar o pagamento.						
	0000							
2-	09072020	37	O	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040
	3660	Presente cárie em esmalte na oclusal, segundo as proprias regras do plano, não seria necessário imagem fotografica quando somente esta face estivesse envolvida, procedimento foi executado conforme autorização previa, favor						
	0000							
3-	/ /							
4-	/ /							
5-	/ /							
6-	/ /							

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
7320	0000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Glosa da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
10/07/2020		/ /	

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362106

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	3621061

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
31369 5	31369 5	AUTORIZADO	00202529739800000101 - SOLANGE BEZERRA GALVAO

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

Dados dos Itens da Guia

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

1- 15/05/2020 | 47 | D,O,M | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
7320
0000
Elemento sem justificativa de glosa, faor realizar o pagamento.

2- 15/05/2020 | 44 | O,M,V | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
7320
0000
Talvez vc tenha razão, porém tenho muito mais confiança na minha restauração direta em resina do que na "coroa de resina" a qual o plano oferece cobertura.. paciente sem condições financeiras de realzar trabalho protetico

3- 15/05/2020 | 14 | D,O,M | 01 | 94 | 85100218 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 3040
7320
0000
Absurdo.. Como pode dizer isso? Elemento está vital e restaurado, e se por ventura evoluir para tratamento endodontico dentro da carencia da restauração, eu refaço sem custos, obviamente. Não vou encaminhar um dente para

4- 15/05/2020 | 23 | D,P | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
5280
0000
Absurdo.. Como pode dizer isso? Elemento está vital e restaurado, e se por ventura evoluir para tratamento endodontico dentro da carencia da restauração, eu refaço sem custos, obviamente. Não vou encaminhar um dente para

5-

6-

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
2720	000

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362105

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosa: Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	3621051

Dados do Contratado

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

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
306401	306401	AUTORIZADO	00202507394400028202 - ALLARY DRUNOSKI TAIETE

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

Dados dos Itens da Guia

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

1- 14/04/2020 | 47 | O,M | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Sobreposição de imagens?? Amigo, elemento 46 ausente!! Não tem nem como sobrepor a imagem das faces solicitadas.. Peço que avalie com criterio as imagens, pois quem fica sem receber com esse tipo de analise, é o

2- 14/04/2020 | 45 | O,D | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52,80
0,00
Sobreposição de imagens?? Amigo, elemento 46 ausente!! Não tem nem como sobrepor a imagem das faces solicitadas.. Peço que avalie com criterio as imagens, pois quem fica sem receber com esse tipo de analise, é o

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
105,60	0,00

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
08/06/2020			

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362107

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3621076

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 328096

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 328096

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202528270800040801 - NELMA WANESSA SOARES DE ALMEIDA

12 -

17 - Código da Glosa da Guia

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

	20	26	30	21	22	23	24	25	26	27	29	31
1-	22/06/2020	2040	0000				01	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	1319	Guia assinada enviada.	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												

32 - Valor Total Recursado (R$): 2040

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 23/06/2020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362109

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

Dados do Contratado

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362109

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

12 -

13 - Número da Guia no Prestador: 334124

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 334124

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530449000000101 - SEONIR RECH RODRIGUES

17 - Código da Glosa da Guia

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

Dados dos Itens da Guia

19 -

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

	20	26	30	21	22	23	24	25	26	27
1-	03072020	5280	0000	14	O.M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

A imagem é clara na foto, reanexo a imagem, vou presicar circular para visualizarem?

32 - Valor Total Recursado (R$): 5280

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 06072020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

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

36 - Data Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362108

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362108

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 334118

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 334118

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202528270800038701 - LETICIA DIAS

17 - Código da Glosa da Guia

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

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

1- 03072020 | 44 | D,O | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52 | 80
00 | 00
Presente cárie em esmalte.

2- 03072020 | 16 | O,M | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52 | 80
00 | 00
Tem razão, é por isso que foi realizado o tratamento endodontico antes de ser realizado a restauração, se vcs conferissem as datas dos procedimentos preenchidas nas guias, saberiam disso, e não precisariam de uma glosa sem

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 1056,00

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

34 - Data do Recurso: 07072020

35 - Assinatura do Prestador

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1706 - CNES 6808999

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362076

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Numero da Guia de Recurso de Glosas Atribuido pela: 362076

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738960001501

7 - Nome do Contratado: 14329/PR - TIAGO SOARES SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Numero do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Numero da Guia no Prestador: 340094

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 340094

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202528270800021001 - ALEXANDRA PRISCILA DE OLIVEIRA CARVALHO

17 - Código da Glosa da Guia:

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

	20 - Data de Realização do Procedimento / 28 - Valor Recursado / 30 - Valor Acatado	21 - Dente/Região	22 - Face / 29 - Justificativa do Prestador / 31 - Justificativa da Operadora	23 - Quantidade	24 - Tabela	25 - Procedimento/Item Assistencial	26 - Descrição do Procedimento	27 - Código da Glosa
1-	16/07/2020 20,40 0,00		01 Guia assinada anexada.	1	94	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA INICIAL	1319
2-	16/07/2020 21,60 0,00	012	01 Guia assinada anexada.	1	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1319
3-	16/07/2020 21,60 0,00	013	01 Guia assinada anexada.	1	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1319
4-	16/07/2020 21,60 0,00	014	01 Guia assinada anexada.	1	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1319
5-	16/07/2020 21,60 0,00	011	01 Guia assinada anexada.	1	94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1319
6-	/ / 							

32 - Valor Total Recursado (R$): 106,80

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

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

34 - Data do Recurso: 16/07/2020

35 - Assinatura do Prestador:

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362077

1 - Registro ANS	3 - Nome da Operadora	4 - Objeto do Recurso	5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela
	DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA	2	362077

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora	7 - Nome do Contratado
07738896000150	14329/PR - TIAGO SOARES SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

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

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador	14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	15 - Status	16 - Beneficiário
341872	341872	AUTORIZADO	00202530740000000101 - HASSAN ALI MOSTAPHA

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

Dados dos itens da Guia

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

1-	20/07/2020	36	O.D.V	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES			3040
	7320	Glosa sem justificativa no sistema, não teho como justificar... Só sei que o procedimento foi encaminhado para autorização previa, foi autorizado, e assim realizado, favor prosseguir com o pagamento.								
	000									
2-	20/07/2020	25	O.D	01	94	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES			3040
	5280	Glosa sem justificativa no sistema, não teho como justificar... Só sei que o procedimento foi encaminhado para autorização previa, foi autorizado, e assim realizado, favor prosseguir com o pagamento.								
	000									
3-	/ /									
4-	/ /									
5-	/ /									
6-	/ /									

32 - Valor Total Recursado (R$)	33 - Valor Total Acatado (R$)
1260	000

34 - Data do Recurso	35 - Assinatura do Prestador	36 - Data da Assinatura da Operadora	37 - Assinatura da Operadora
20/07/2020	CD Tiago Scherer Especialista e Mestre Prótese Dentária CRO-PR 14329	/ /	

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Aguardo 31108

2-Nº 359594

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7799772	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531070760000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANA LOPES DOS SANTOS 25/04/1976	( ) -	ADRIANA LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139680530	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88,00	0,00		S	31/05/22		Adriana
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 09.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/05/20	31/05/20 Adriana	01/07/22

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 359613

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7799889	17/11/20

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531076760000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANA LOPES DOS SANTOS 25/04/1976	( ) -	ADRIANA LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 18	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	122,00	0,00		S	31/8/20		Adriana
2	00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00		S	31/8/20		Adriana
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 UG	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	210,00	0,00	

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

49-Observação
. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/8/20	31/8/20 Adriana	31/8/20

CD Tiago Scherer
Especialista em Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806999

pac. mercado 2 anos de placa

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354078

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7774381	08/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529447601000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CRISTINA DA COSTA 11/12/1962	( ) -	ELAINE CRISTINA DA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
97413968805300	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	18/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	19/08/20		
6	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	31/08/20		
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	31/08/20		
8	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DOM	1	122,00	0,00		S	31/08/20		
9	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DOM	1	122,00	0,00		S	31/08/20		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	571,00	0,00	

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

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

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

49-Observação
. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/20	31/08/20	31/8/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356490

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7785995	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529496700000107	POS REDE PRESTADORA	LA MAMMA BALENA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NILVANIA MARIA SPRICIGO BALENA 23/11/1968	( ) -	BARBARA BALENA GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851002118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	23/ 6/ 20		N.Wania
2		00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	23/ 6/ 20		N.Wania.
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	210,00	0,00	

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

49-Observação

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806990

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

349182
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	07/08/20	AUTORIZADO	7751763	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202582708003251	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9741396805 3	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	18	00851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	880	000		S	27/8/20		
2	18	00851002026	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOML	1	1220	000		S	27/8/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2100	000	

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

Dr. Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO-PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/8/20	27/8/20	27/8/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 357278

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7789302	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531186200000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANI BREMM 01/08/1979	( ) -	FABIANI BREMM

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	26/3/20		FB.
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	26/3/20		FB.
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	26/3/20		FB.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	26/3/20		FB.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	26/3/20		FB.
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo [illegible]
/ /	26/3/20	26/3/20 Fabiani Bremm	26/3/20

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 359605

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7799864	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800050201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAREN FERNANDA CHAVES 12/05/1992	( ) -	KAREN FERNANDA CHAVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

Tiago Soares Scherer

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, que me foram apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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.

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808900

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/12/20	26/12/20 Karen	26/12/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

341803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	12/08/20	CONCLUÍDO	7716682	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202502000010000663022	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA MILEIDE FUMEGALI NEINAS 09/06/1991	( )	THIAGO JOSE FARIAS PAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001286-18 (I) 82001294-48
(I) 82001286-28
(I) 82001286-38

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
97413968605300	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361	00	00	S	01/09/20		
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361	00	00	S	01/09/20		
3-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361	00	00	S	01/09/20		
4-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	176	00	80,96	S	01/09/20		
5-										/ /			
6-										/ /			
7-										/ /			
8-										/ /			
9-										/ /			
10										/ /			
11										/ /			
12										/ /			
13										/ /			
14										/ /			
15										/ /			

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	12598	80,96	

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

49-Observação
, ALTERADA QUANTIDADE DE USO DO ATO 82001286 ATRAVES DA TELA DE AJUSTES E VERIFICAÇÕES

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/8/20	/ /	14/8/20

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6880801

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341811

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	22/07/20	CONCLUÍDO	7716691	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202502000106000630 2	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA MILEIDE FUMEGALI NEINAS 09/06/1991	( )	THIAGO JOSE FARIAS PAES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000055	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		
2-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
4-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
5-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	01/09/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

42-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	9100	0,00	

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

. ALTERADA QUANTIDADE DE USO DO ATO 81000065 ATRAVES DA TELA DE AJUSTES E VERIFICACOESALTERADA QUANTIDADE DE USO DO ATO 81000421 ATRAVES DA TELA DE AJUSTES E VERIFICACOES

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
/ /	22/07/20	/ /	/ /

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Cirurgião Dentista
CRO/PR 14329

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

OdontoLife
Tem qualidade para você sorrir

6M

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

357320
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7789572	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117783800059501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDINEIA PIRES 11/11/1983	( ) -	CLAUDINEIA PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 16329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808940

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Profissional Executante
/ /	25/8/20	25/8/20	25/8/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F

358198
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7793317	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205297193000019 01	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GLEISON DEISON JORGE DA ROSA 26/11/1997	( ) -	GLEISON DEISON JORGE DA ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139680530	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/5/20 Tiago Scherer Especialista e Mestre Prótese Dentária CRO-PR 14329	29/5/20 Gleison Digitalmente	25/5/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358464
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7794604	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380008220 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REBECCA MEDEIROS REINALDET VIEIRA 14/03/1992	( ) -	REBECCA MEDEIROS REINALDET VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	21/08/20		RNR
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/08/20		RNR
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/08/20		RNR
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/08/20		RNR
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/08/20		RNR
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20	21/08/20	21/8/20

Odontolife
A tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 359801

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7800503	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800032701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELOIR PINTO PAZ 30/05/1972	( ) -	ELOIR PINTO PAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	21/05/20		Eloir
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	21/05/20		Eloir
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	21/05/20		Eloir
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	21/05/20		Eloir
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	21/05/20		Eloir
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/05/20 CD Tiago Scherer Especialista e Mestre Odontologia Dentaria CRO/PR 14329	21/05/20 Eloir	21/05/20 CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 / CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349289

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	21/08/20	AUTORIZADO	7752187	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530563100000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AQUILA FERNANDA RODRIGUES DA SILVA PEREI 13/03/1984	( ) -	VALDEMAR VIANEZ PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	21/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	21/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	21/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	21/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	21/08/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/8/20	21/8/20	21/8/20

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

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

351212
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7761337	02/11/20

Dados do Beneficiário

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

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDEMAR VIANEZ PEREIRA 21/04/1982	( ) -	VALDEMAR VIANEZ PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DP	1	88,00	0,00		S	21/08/20		
2	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MP	1	88,00	0,00		S	21/08/20		
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88,00	0,00		S	21/08/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	264,00	0,00	

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

Dr. Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO-PR 14329

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/8/20	21/8/20	21/8/20

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

marcado dia 14/08

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348994 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	06/08/20	AUTORIZADO	7750847	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205306310000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALDEMAR VIANEZ PEREIRA 21/04/1982	( ) -	VALDEMAR VIANEZ PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	21/07/20		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00		S	21/07/20		
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PM	1	88,00	0,00		S	21/07/20		
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PD	1	88,00	0,00		S	21/07/20		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	325,00	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 executante e a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), lo(s) foram prestado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional executante ou contratado, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Tiago Soares Scherer
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808907

49-Observação
. Imagens analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/07/20	21/07/20	21/07/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Já tem ficha tirada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315568 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/05/20	22/05/20	AUTORIZADO	7582182	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529811500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SEVERINA BESERRA DA SILVA 20/02/1973	( ) -	SEVERINA BESERRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OM	1	88,00	0,00		S	7/8/20		
2	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	7/8/20		
3	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	7/8/20		
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IV	1	88,00	0,00		S	2/7/20		
5	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00		S	2/7/20		
6	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	2/7/20		
7	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00		S	2/7/20		
8	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	2/7/20		
9	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	2/7/20		
10	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00		S	17/6/20		
11	00	85102196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	17/6/20		
12	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00		S	17/6/20		
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	874,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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.

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/6/20	/ /	17/6/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346352

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7738278	25/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531076760000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANA LOPES DOS SANTOS 25/04/1976	( ) -	ADRIANA LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista
CRO-DR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808996

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/8/20	19/8/20 Adriana	19/8/2021

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351321 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	06/08/20	AUTORIZADO	7761862	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530633000000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 82001294-48

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	880	0,00		S	11/06/20		Alessandra
2-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OM	1	880	0,00		S	19/06/20		Alessandra
3-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	880	0,00		S	11/07/20		Alessandra
4-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	1220	0,00		S	19/07/20		Alessandra
5-	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	880	0,00		S	19/05/20		Alessandra
6-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	1860	0,00		S	10/05/20		Alessandra
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	66000	0,00	

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

Tiago Scherer Especialista e Mestre Prótese Dentária CRO-PR 14329

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/06/20	19/06/20 Alessandra	19/08/20

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354965

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7776809	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531330530001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLAUDETE VALIN DE OLIVEIRA 07/01/1978	( ) -	PAULO CESAR DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	13/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	13/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	13/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	13/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	13/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	/ /	13/08/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

354964
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7778786	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531330530000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PAULO CESAR DE OLIVEIRA 31/03/1976	( ) -	PAULO CESAR DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	15/8/20	15/8/20	15/8/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354961

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7778772	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531335300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA DE OLIVEIRA	23/11/1952	( ) -	PAULO CESAR DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	13/08/20		Maria
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	13/08/20		Maria
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	13/08/20		Maria
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	13/08/20		Maria
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	13/08/20		Maria
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20 Maria de Oliveira	13/08/20

Operadora de Saúde

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348013 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7746064	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025303435000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE DA SILVA CARDOSO 23/11/1994	( ) -	FELIPE DA SILVA CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139680530	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	17/B/20		Felipe
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Faculdade de Odontologia
CRO-PR 14329

49-Observação
. Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/B/20	17/B/20 Felipe	17/B/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-30
CRO/PR 1206 - CNES 6805[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Odontolife — Tranquilidade para você sorrir

2-4*

348189
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7746973	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530867700000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO VICTOR GOMES 02/10/2000	( ) -	JOAO VICTOR GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX

(I) 82001286-18 (I) 82001294-48
(I) 82001286-28 (I) 85100200
(I) 82001294-38 (I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
3-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
4-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
5-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	V	1	61,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
7-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	88,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
8-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	11/08/20		João Victor Gomes
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1392,00	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 um contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme pr

Cirurgião-Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.690/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806900

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/08/20	/ / João Victor Gomes	11/08/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349062

INTERCÂMBIO

SCHERER & SCHERER ODONTOLOGIA

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
5414	31/07/20	03/08/20	AUTORIZADO	7751158	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025311174300000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome	13-Data Nascimento	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DER BEZERRA MACHADO	28/12/1993	( )	JADER BEZERRA MACHADO

Dados da Contratada Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07413968053	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

Data	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42-Assinatura
	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	11/03/20		Jader
	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	11/03/20		Jader
	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	11/03/20		Jader
	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	11/03/20		Jader
	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	11/03/20		Jader

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

Declaro que fui devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em caso de cancelamento ou não realização do(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.

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO/PR 14329

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/03/20	11/03/20 Jader	11/03/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 206 - CNES 6808995

OdontoLife
a tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

347565
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7744254	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205306425000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SELMA RECH RODRIGUES 13/11/1980	( ) -	SELMA RECH RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		S	19/08/20		
2	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	19/08/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Provisão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	210,00	0,00	

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

49-Observação
. Imagens analisadas.

Tiago Soares Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 19320

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6805930

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20	05/12/24	19/08/20

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346575

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/07/20	29/07/20	AUTORIZADO	7739309	25/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531070800000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANALAURA TOLOY DE CARVALHO 11/05/1999	( ) -	IRIS MATIELLO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/8/20	10/8/20	10/9/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348984

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	10/08/20	AUTORIZADO	7750803	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531113400001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EWERTON MAIA DE OLIVEIRA 03/03/1992	( )	EWERTON MAIA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/8/20	10/8/20 Ewerton Maia	/ /

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

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

348751
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	06/08/20	AUTORIZADO	7749574	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202536067750000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
974139685353	TIAGO SOARES SCHERER	14329	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OVD	1	122,00	0,00		S	13/03/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	X 1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

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

49-Observação
. imagem analisada

Tiago Soares Scherer
Prótese Dentária
Mestre
CRO-PR 7329

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808901

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/03/20	13/03/20	13/03/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 337210

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/07/20	13/07/20	AUTORIZADO	7696077	08/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511783800085402	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA DE PAULA OLIVEIRA 10/09/1992	( ) -	DIEGO OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	3/6/20		Jessica
2	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	3/8/20		Jessica
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	3/8/20		Jessica
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	3/8/20		Jessica
5	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00		S	3/8/20		Jessica
6	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88,00	0,00		S	7/8/20		Jessica
7	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00	0,00		S	7/9/20		Jessica
8	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OD	1	88,00	0,00		S	7/9/20		Jessica
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	772,00	0,00	

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

Dr. Tiago Soares
Cirurgião e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14396

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Unidade
/ /	7/3/20	7/6/20 Jessica	7/8/20

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

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712919	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000602	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ISABELLA BARBOSA ALVES 10/07/2001	( ) -	CLAUDEIR BARBOSA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S	17/07/20		Isabella
2-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S	17/07/20		Isabella
3-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S	17/07/20		Isabella
4-	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S	17/07/20		Isabella
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1444,00	0,00	

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

CD Tiago Scherer
Cirurgião Dentista
CRO-PR 14329

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES/6808996

49-Observação

. Enviar rx com identificação para analise na produção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/07/20	17/07/20 Isabella Alves	17/07/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Tiago vem ficha

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315177 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/05/20	20/05/20	AUTORIZADO	7575415	18/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527971930000060 2	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLA BARBOSA ALVES 10/07/2001	( ) -	CLAUDEIR BARBOSA ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

Tiago Scherer
Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 14329

49-Observação

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808906

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	1/5/20	4/8/20 Isabella Alves	1/5/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348762

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	04/08/20	AUTORIZADO	7749625	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530677500000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO CARLOS PADILHA 31/08/1977	( ) -	LUCIENE PEREIRA BARRETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	7/8/20	7/8/20	7/8/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348821

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	06/08/20	AUTORIZADO	7750011	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530871500000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCELO GERHARD 02/10/1961	( ) -	MARCELO GERHARD

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	6/8/20	6/8/20	6/8/20

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

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	27/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7738312	25/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531077600000105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
VALDECIR LUIZ CICHORSKI 04/05/1977	( ) -	ADRIANA LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

Tiago Soares Scherer
Cirurgião Dentista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 74319

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808906

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	6/8/20	6/8/20	6/8/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

344603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7730571	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530736000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
VITORIA BURGATH	24/02/1998	( ) -	VITORIA BURGATH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	82007587	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	730,00	0,00		S	24/07/20		Vitoria
2	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	1860,00	0,00		S	24/07/20		Vitoria
3	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340,00	0,00		S	24/07/20		Vitoria
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	2930,00	0,00	

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

49-Observação

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

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

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344832

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	7731703	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205258270800032001	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANA MARIA DE ANDRADE MENDES PINTO 08/04/1989	( ) -	JULIANA MARIA DE ANDRADE MENDES PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	23/07/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	23/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	23/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	23/09/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	23/10/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

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

49-Observação

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo e Assinatura
/ /	23/10/20	23/10/20	23/10/20

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

345086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7733150	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530816600000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00		S	3/6/20		T Gabriela
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	3/6/20		T Gabriela
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

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

Especialista e Mestre
Prótese Dentária
CRO-PR 74329

CLINICA ODONTOL
SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/00
CRO/PR 1206 - CNES 6

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	3/6/20	3/6/20 T Gabriela	3/6/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351079

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7760623	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531212020000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA GONCALVES MADEIRA 09/03/1994	( ) -	JESSICA GONCALVES MADEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		Jessica
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Jessica
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Jessica
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Jessica
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Jessica
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20 Jessica.	13/08/20

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

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

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª Via

355220
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7780278	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531303460000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MAIRA STEFHANI DOS SANTOS MONTEIRO 28/11/1996	( ) -	TAVANI GOULART DOS SANTOS MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05544644948	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/20		maira
2 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	17/08/20		maira
3 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	17/08/20		maira
4 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	17/08/20		maira
5 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	17/08/20		maira
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/08/20	17/08/20 maira	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião-Dentista
CRO/PR 20852

SCHERER LTDA. ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.735.896/0001-50
CRO/PR 12067 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355219

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7780277	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253131304600000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
TAVANI GOULART DOS SANTOS MONTEIRO 22/05/1971	( ) -	TAVANI GOULART DOS SANTOS MONTEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	21/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	21/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	21/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	21/08/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	21/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20	21/08/20	/ /

Dr. Estevan Scherer
Cirurgião Dentista
CRO/PR 20852

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 12005 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7699644	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529719300000501	POS REDE PRESTADORA	TELEVISAO NAIPI LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILMAR FRANCISCO DA SILVA 09/07/1960	( ) -	GILMAR FRANCISCO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/09/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	01/09/20	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

360147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7802270	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025218270801000451015	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANETE PAZ 06/12/1977	( )	JANETE PAZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	26-Código CBO S
N	ESTEVAN SOARES SCHERER	20852	PR	

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00	0,00	S	01/09/20		- paciente
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00	0,00	S	01/09/20		- paciente
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00	0,00	S	01/09/20		- paciente
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00	0,00	S	01/09/20		- paciente
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00	0,00	S	01/09/20		- paciente
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/20 Dr. Estevan Scherer Cirurgião Dentista CRO/PR 20852	01/09/20 Janete Paz	/ / CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.896/0001-50 CRO-PR 1206 - CNES 4808999

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

Cachup

2 - Nº Guia no Prestador: 362133

1 - Registro ANS

Dados da Contratada

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

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

7 - Nome do Contratado: 27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Anteriormente Enviada: 3 6 2 1 3 3

12 -

13 - Número da Guia no Prestador: 3 4 2 7 8 3

14 - Número da Guia Atribuída pela Operadora: 3 4 2 7 8 3

15 - Senha: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 0020252827000033101 - KATIANE BEATRIZ FINAU LESKOVICZ

17 - Código da Glosa da Guia

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

	20	21	22	23	24	25	26	27
1-	21/07/2020	16		01	94	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO MULTIRRADICULAR	3031
	31980	Nova radiografia anexada.						
	0000							
2-								
3-								
4-								
5-								
6-								

32 - Valor Total Recursado (R$): 31980

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 23/07/2020

36 - Assinatura do Prestador

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

38 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

excluído

362134

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362134

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 27073/PR - MATHEUS FELIPE COLOMBELLI

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 343077

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 343077

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202528270800050401 - JULIANA RIBEIRO DE OLIVEIRA

17 - Código da Glosa da Guia

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

Dados dos Itens da Guia

19 -

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

1- 21/07/2020 | 14 | | 01 | 94 | 85201400 | TRATAMENTO ENDODÔNTICO BIRRADICULAR | 3031
19980
000
Gostaria que vc me mostrasse onde está sugerindo material obturador ultrapassado... Tratamento está perfeito.. canais divergindo proximo do apice, procedimento com alto grau de dificuldade, e ainda assim realizado com

2-

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 1980

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

34 - Data do Recurso: 22/07/2020

35 - Assinatura do Prestador

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

350909
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7759657	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205282708003140 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AMANDA ANDREIA CAVALHEIRO GILL 30/09/1988	( ) -	AMANDA ANDREIA CAVALHEIRO GILL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(IF) 85200140-15
(IF) 85200140-14
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	333,00	0,00		S			Amanda
2	00	85201401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00		S			Amanda
3	00	81004211	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S			Amanda
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	680,00	0,00	

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
1/GENERO	1/GENERO	1/GENERO Amanda	1/GENERO

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Concluído

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

350993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7760328	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530783000000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINE CAMARGO DOS SANTOS 27/03/1991	( ) -	CAROLINE CAMARGO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-14
(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	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	3330,00	0,00		S	26/08/20		Caroline
2 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	26/08/20		Caroline
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	3470,00	0,00	

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

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.798.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/08/20	26/08/20	26/08/20 Caroline	26/08/20

Conclusão

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 347280

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7742697	26/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530751700000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(IF) 85200158-46
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85201581	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	5330	0,00		S	12/08/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	140	0,00		S	12/08/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5470	0,00	

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

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

49-Observação
. Favor anexar RX Inicial e Final PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Responsável
12/08/20	12/08/20	12/08/20	12/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ Nº 07.[illegible].899/0001-50
CNES 6908559
RUA 1206 - CENTRO

concluída

OdontoLife

A tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343094

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7722622	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530738500001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANA AMARAL NEGRINI DE SANTANA 04/05/1978	( ) -	EDER LUCIANO NEGRINI DE SANTANA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-27 (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	5330	0,00		S	19/08/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	1400	0,00		S	19/08/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5470	0,00	

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

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/08/20	19/08/20	19/08/20	19/08/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Cardoso

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 342803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7721059	19/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800019201	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZA GABRIELA SCHIZZI PEZZINI	08/01/1992	( ) -	LUIZA GABRIELA SCHIZZI PEZZINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200156-45
(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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00852006166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	258,00	0,00		S	26/07/20		
2		00810004211	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00		S	26/07/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	272,00	0,00	

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

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/07/20	26/07/20	26/07/20	26/07/20

Cortesia.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

354989
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7778988	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800038701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-16
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533	0,00		S	26/08/20		Leticia Dias
2 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14	0,00		S	26/08/20		Leticia Dias
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	547,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura do Contratado Executante
26/08/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073	26/08/20 Matheus Felipe Colombelli Cirurgião - Dentista CRO-PR 27073	26/08/20 Leticia Dias	26/08/20 CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

Autorizado

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 343317 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	7723672	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205259937900001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SAMIRA ABOU ALI 25/05/2000	( ) -	SARA MARTINS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(IF) 85200158-36
(I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	36		1	533,00	0,00		S	27/07/20		Samira
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	27/07/20		Samira
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	547,00	0,00	

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

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/07/20	27/07/20	27/07/20 Samira	27/07/20

Orcl 1 1.

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 364547

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/08/20	27/08/20	AUTORIZADO	7823725	24/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530606606000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO ABELHA OLIVEIRA 17/11/1989	( ) -	THIAGO ABELHA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 65200158-48 (I) 81000421-

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09056071980	MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS FELIPE COLOMBELLI	27073	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85201581	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	27/08/20		
2 -	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	27/08/20		
3 -	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	581,00	0,00	

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

49-Observação

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

Matheus Felipe Colombelli
Cirurgião - Dentista
CRO-PR 27073

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 12715 - CNES 8808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
27/08/20	27/08/20	27/08/20	27/08/20

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362104

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

Dados do Contratado

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3621044

6 - Código na Operadora: 07738960001500

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 341232

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 341232

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530751700000102 - ELISABETH GUIMARAES SANTOS

17 - Código da Glosa da Guia

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

12 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
26 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glosa

	20	21	22	23	24	25	26	27	26	30	29	31
1-	17072020	46	OD	V	01	94	85100218		7320	0000	Restauração realizada após a endodontia finalizada, conforme imagem radiografica anexado. Devido a condição financeira do paciente e opção propria, decidiu optar pela restauração direta, visto que não teria como fazer	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES 3040
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 20072020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

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

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

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

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362103

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3621038

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 337223

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 337223

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530777300000101 - DIRLENE APARECIDA DE PAULA

17 - Código da Glosa da Guia:

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	30
1-	10072020	36	D.O.M	01	94	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 4 FACES	3040	7320	0000
	Não concordo com a sua avaliação, elemento com comprometimento apenas de uma proximal e uma cuspide, perfeitamente capaz de suportar restauração direta, ainda mais se comparado com as opções para restaurações									
2-	10072020	25	D.O.M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040	7320	0000
	Elemento foi restaurado apos o tratamento endodontico finalizado.									
3-	10072020	44	O.M	01	94	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES	3040	5280	0000
	Presença de restauração em resina com infiltração nas faces solicitadas, procedimento autorizado previamente, e assim executado. Favor prosseguir com o pagamento do mesmo.									
4-										
5-										
6-										

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

32 - Valor Total Recursado (R$): 19920

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 13072020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

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

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362102

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 3621021

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738596000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Assinatura

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 336840

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 336840

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530421700000101 - HELLEN VIEIRA SANTANA

17 - Código da Glosa da Guia

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

19 -

Dados dos Itens da Guia

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

	20	21	22	23	24	25	28	26	30	27
1-	09072020	35	OD.V	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	7320	0000	3040
2-										
3-										
4-										
5-										
6-										

Se houvesse comprometimento pulpar, seria realizado o tratamento endodontico previamente, somos responsáveis. Elemento vital, restauração realizada conforme autorização previa. Se caso necessite de tratamento

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 10072020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

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

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

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador: 362101

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosa Atribuído pela: 362101

Dados do Recurso da Prestação

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 330233

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 330233

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529856300001603 - ELIAS MIGUEL

17 - Código da Glosa da Guia:

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

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

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

19 -

	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1-	25/06/2020	35	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040	360	É possível ser visualizar a lesão por ablação no elemento em questão.	000	
2-	25/06/2020	34	V	01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040	360	Concordo que não é possível visualizar na imagem, porem a lesão existe, como é padrão nos outros elementos do paciente, e segundo as regras do plano, seria necessário imagem somente quando envolvesse faces proximais.	000	
3-												
4-												
5-												
6-												

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

34 - Data do Recurso: 26/06/2020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

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

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

36 - Data da Assinatura da Operadora:

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362100

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362100

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

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

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 330187

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 330187

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00282530421700000101 - HELLEN VIEIRA SANTANA

17 - Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de guia e guia)

Dados dos Itens da Guia

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glosa

1- 25/06/2020 | 36 | D | O | M | 01 | 94 | 85102118 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES | 30400

7320 | 000

Paciente sem condições financeiras para realizar tratamento indireto definitivo no momento, e de acordo em realizar restauração direta em resina, pois é o que tem cobertura pelo plano. Procedimento foi autorizado previamente.

2- 25/06/2020 | 14 | O | D | 01 | 94 | 85102000 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 30400

5280 | 000

Carie presente, em oclusal, extendendo-se para distal. Procedimento autorizado previamente para realização, favor realizar o pagamento.

3-

4-

5-

6-

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

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

34 - Data do Recurso: 26/06/2020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

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

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

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362099

1 - Registro ANS

Dados do Contratado

2 - Nº Guia no Prestador

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362099

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 22813/PR - TALES DELLINGHAUSEN SCHERER

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 330160

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 330180

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 0020252827C800032601 - NELI PEREIRA

17 - Código da Glosa da Guia

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

Dados dos Itens da Guia

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento
26 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face

23 - Quantidade

24 - Tabela

25 - Procedimento/Item Assistencial

26 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

	20	26	30	21	22	23	24	25	26	27
1	25/06/2020	7320	0000	45	O.D.V	01	19	48510021 8	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
2										
3										
4										
5										
6										

Não tem carie na V, e sim lesão por abfração.

32 - Valor Total Recursado (R$): 7320

33 - Valor Total Acatado (R$): 0000

34 - Data do Recurso: 26/06/2020

35 - Assinatura do Prestador: Tales Scherer

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista
CRO

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

36 - Data da Assinatura da Operadora

37 - Assinatura da Operadora

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353414 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7771673	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531212199000000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON BRUNO BERTE	26/08/1989	( ) -	ELIANE PEREIRA BERTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		Anderson
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Anderson
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Anderson
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Anderson
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Anderson
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Dr. Tales Scherer	20/08/20 Anderson B	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352399

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7766878	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253085390000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA 30/08/1983	( ) -	CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341656910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	07/08/20		Cleibson
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00		S	07/08/20		Cleibson
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	07/08/20		Cleibson
4-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	07/08/20		Cleibson
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	283,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Tales Scherer	07/08/20 Cleibson Almeida de Souza	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.898/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352394

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7766856	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530853900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE MARIA ARAUJO PRADO DE ALMEIDA 07/06/1986	( ) -	CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	880	0,00		S	07/08/20		Cristiane
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	880	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	07/08/20 Cristiane	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340471 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7712154	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530396800000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS ALBERTO CABRERA PEREZ 25/03/1968	( ) -	SIMONI REZENDE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMV	1	122,00	0,00		S	14/08/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Tales Scherer	14/08/20	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.[illegible]0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353192 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7770773	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530853900001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CRISTIANE MARIA ARAUJO PRADO DE ALMEIDA 07/06/1986	( ) -	CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8800	0,00		S	07/08/20		x Cristiane
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	8800	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
/ /	07/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	07/08/20 x Cristiane	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA, CNPJ 07.730.896/0001-50 CRO/PR 1213 - CNES 6809999

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

355037
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7779271	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531303600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DEBORA PEREIRA DA SILVA 04/01/1984	( ) -	DEBORA PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		x Debora
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/08/20		x Debora
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		x Debora
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/08/20		x Debora
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		x Debora
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Tales Scherer	20/08/20 Débora P. Silva	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355061 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7779413	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531303603600000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DEIVID PEREIRA SILVA 16/03/2013	( )	DEBORA PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		Tales
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	20/08/20		Tales
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	20/08/20		Tales
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Tales Scherer	20/08/20 Debora P. Silva	/ /

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

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 345458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	28/07/20	AUTORIZADO	7734662	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205307517000000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00		S	20/08/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

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

49-Observação

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352164 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7765974	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025315450000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ESTHER ELIAS DA SILVA 13/06/1968	( ) 35786932	VILMAR SALDANHA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169691	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S	13/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	13/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	13/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	13/08/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	13/08/20		
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	000	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20	/ /

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

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340714
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7711882	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530552300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100226 (I) 85100218
(I) 85100200
(I) 85100225

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691000	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMDV	1	122,00	0,00	0,00	S	26/08/20		ELTON J.
2-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MO	1	88,00	0,00	0,00	S	06/08/20		ELTON J.
3-	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODMV	1	122,00	0,00	0,00	S	23/07/20		ELTON J.
4-	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	36	ODM	1	122,00	0,00	0,00	S	23/07/20		ELTON J.
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	454,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Tales Scherer	06/08/20 x ELTON J.	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.696/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352512 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7767465	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531189700001012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCIELLE DE SOUZA PEREIRA 07/03/1988	( ) -	RODRIGO BOUCINHA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348162691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		Francielle
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Francielle
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Francielle
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Francielle
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Francielle
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Tales Scherer	13/08/20 Francielle de Souza	/ /

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

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

CONCLUÍDO

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

356541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7786257	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531189700000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCIELLE DE SOUZA PEREIRA 07/03/1988	( ) -	RODRIGO BOUCINHA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6100	0,00		S	21/08/20		Francielle
2-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	8800	0,00		S	21/08/20		Francielle
3-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6100	0,00		S	21/08/20		Francielle
4-	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	0,00		S	21/08/20		Francielle
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2710 0	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	21/08/20 Francielle	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 4803909

Orçamento

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340606

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7711370	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530701000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE ADAMS 26/08/1993	( ) -	FELIPE ADAMS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	16/07/20 Tales Scherer	16/07/20 Felipe Adams	/ / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7712153	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530700100000001010	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FELIPE ADAMS 26/08/1993	( ) -	FELIPE ADAMS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	610	000		S	06/08/20		Felipe
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	610	000		S	06/08/20		Felipe
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	610	000		S	06/08/20		Felipe
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1830	000	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Tales Scherer	06/08/20 Felipe Adams	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.836/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6308999

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351170 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7761065	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529717300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILSILENE PEREIRA DE ALMEIDA 12/02/1969	( ) 99154715	LEANDRO RODRIGUES MELGACO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	14/08/20		Gilsilene
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	14/08/20		Gilsilene
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	14/08/20		Gilsilene
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	14/08/20		Gilsilene
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	14/08/20		Gilsilene
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	14/08/20 Gilsilene P. Almeida	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

360860
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7805517	18/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529717300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILSILENE PEREIRA DE ALMEIDA	12/02/1989	( ) 99154715	LEANDRO RODRIGUES MELGACO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-parbipação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	6100	000		S	21/08/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6100	000	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Tales Scherer	21/08/20	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES [illegible]999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*

357197
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7789083	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529717300000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GILSILENE PEREIRA DE ALMEIDA 12/02/1989	( ) 99155-4715	LEANDRO RODRIGUES MELGACO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 65100200
(I) 65100200

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	14		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Gilsilene
2	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Gilsilene
3	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	20/08/20		Gilsilene
4	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		S	/ /		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	21/08/20		Gilsilene
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88,00	0,00		S	20/08/20		Gilsilene
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Gilsilene
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	V	1	61,00	0,00		S	21/08/20		Gilsilene
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00		S	21/08/20		Gilsilene
10	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	21/08/20		Gilsilene
11	00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	/ /		Gilsilene
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	785,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/11/20 Tales Scherer	12/11/20 Gilsilene	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

352507
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7767461	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531263700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUIDO CESAR LANDE FREITAS 16/11/1987	( ) -	GUIDO CESAR LANDE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348166691010	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		Guido Lande
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Guido Lande
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Guido Lande
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Guido Lande
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/20		Guido Lande
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Dr. Tales Scherer	13/08/20 Guido Lande	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352631
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7768070	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253058510000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341681669101	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000421-
(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	RMSD		1	14,00	0,00		S	13/08/20		Isabella K
2-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	13/08/20		Isabella K
3-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	13/08/20		Isabella K
4-	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	13/08/20		Isabella K
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	5600	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Tales Gilberto	13/08/20 Isabella K.	/ /

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

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

CONCLUÍDA 06/08 15:00

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340135 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7709222	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530585100000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361	00,00		S	06/08/20		Isabella K.
2	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361	00,00		S	06/08/20		Isabella K.
3	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361	00,00		S	06/08/20		Isabella K.
4	00	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361	00,00		S	06/08/20		Isabella K.
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1444,00	00,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Tales Scherer	06/08/20 Isabella K.	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
bem-estar para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

352674
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7768368	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530771900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOELMA PAULINO 09/09/1979	( ) -	ANDRE LUIZ CORDEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Tales Scherer	13/08/20	/ /

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

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

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você e sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 345548 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	7735046	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00208135630004270 3	POS REDE PRESTADORA	EMPRESA HOTELEIRA MABU LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO VICTOR KOZIDELOSKI DA COSTA 03/02/2006	( ) -	ADRIANA KOZIDELOSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	07/07/20		Ad. K.
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	07/07/20		Ad. K.
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	07/07/20		Ad. K.
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	07/07/20		Ad. K.
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	07/07/20		Ad. K.
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
/ /	07/07/20 Tales Scherer	07/07/20 Adriana Kozideloski	/ /

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

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

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N°

340798
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712183	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530595700000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
JULIA CRISTIANE MOSQUER VERONEZ 03/01/1989	( ) -	JULIA CRISTIANE MOSQUER VERONEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226 (I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DMOV	1	122,00	0,00		S			Julia
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00		S	21/08/20		Julia
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MV	1	88,00	0,00		S	21/08/20		Julia
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	122,00	0,00		S	21/08/20		Julia
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	21/08/20		Julia
6	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	07/08/20		Julia
7	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	07/08/20		Julia
8	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	07/08/20		Julia
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	700,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Tales Scherer	21/08/20 Julia Veronez	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

352410
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7766927	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531175000000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATIANE DE OLIVEIRA 20/09/1987	( ) -	KATIANE 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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05348166910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00		S	13/08/20		Katiane
2	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	13/08/20		Katiane
3	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	13/08/20		Katiane
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação
. imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Tales Scherer	13/08/20 X Katiane	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

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

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351132

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7760886	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531175000000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KATIANE DE OLIVEIRA 20/09/1987	( ) -	KATIANE 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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	06/08/20		Katiane
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	06/08/20		Katiane
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	06/08/20		Katiane
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	06/08/20		Katiane
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	06/08/20		Katiane
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20	06/08/20	/ /

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

Katiane de Oliveira

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1225 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355051

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7779370	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531303603000000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LAYANE NATALIA PEREIRA RODRIGUES 07/05/2009	( ) -	DEBORA PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		Debora
2-	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	20/08/20		Debora
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Tales Scherer	20/08/20 Debora P. Silva	/ /

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

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

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355065

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7779427	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531303600000105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
LARISSA EVELYN PEREIRA ALVES 20/12/2000	( ) -	DEBORA PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		Larissa
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Larissa
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Larissa
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Larissa
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	20/08/20		Larissa
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Dr. Tales Scherer	20/08/20 Larissa	/ /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.8[illegible]
CRO/PR [illegible]

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

340902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712791	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530816600000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

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

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

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

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6100	0,00		S	24/07/20		
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6100	0,00		S	24/07/20		
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6100	0,00		S	14/08/20		
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	8800	0,00		S	14/08/20		
5-	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODV	1	12200	0,00		S	24/07/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	39300	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Tales Scherer	14/08/20 Liz Velazquez	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6800999

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

CONCLUÍDA

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 345222 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7733743	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531063900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS ERASMO CARVALHO MISCEVSKI 02/05/2006	( ) -	LUCIANO LUIZ CARVALHO MISCEVSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348169100	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/20		Luciano
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/08/20		Luciano
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/08/20		Luciano
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/07/20		Luciano
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/08/20		Luciano
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Tales Scherer	06/08/20 Luciano	/ /

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

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

CONCLUÍDA

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

345220
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	28/07/20	CONCLUÍDO	7733736	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253163906000011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANO LUIZ CARVALHO MISCEVSKI 14/05/1998	( )	LUCIANO LUIZ CARVALHO MISCEVSKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341816691	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimento(s) Solicitado(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	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		S	01/09/20		Luciano
2	00	85301004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	01/09/20		Luciano
3	00	85301004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	01/09/20		Luciano
4	00	85301004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	01/09/20		Luciano
5	00	85301004	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	01/09/20		Luciano
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/20 Tales Scherer	01/09/20 Luciano	/ /

Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6903999

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Nº 349386

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	04/08/20	AUTORIZADO	7752724	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531127100001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARISETE SANTACRUZ DA SILVA	04/11/1978	( ) -	MARISETE SANTACRUZ DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR		025 - Faturar Empresa

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtde/Hora	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00815000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		S	13/08/20		Marisete
2 -	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	13/08/20		Marisete
3 -	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	13/08/20		Marisete
4 -	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	13/08/20		Marisete
5 -	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	13/08/20		Marisete
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10 -										/ /		
11 -										/ /		
12 -										/ /		
13 -										/ /		
14 -										/ /		
15 -										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	17800	00,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	13/08/20 Marisete	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

353188
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/2020	07/08/2020	AUTORIZADO	7770730	05/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020258270800035401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NAIARA PEREIRA ANDRADE 09/01/1994	( )	NAIARA PEREIRA ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 85100228

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102612	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OMDL	1	120	0,00		S	14/07/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade U/S	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Urgência Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	120	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/07/20 Dr. Tales Scherer	14/07/20	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6866000

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

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24F

344596
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
405414	23/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7730567	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025315308186000001101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NARA ROSANE GOMES 30/11/1976	( ) -	NARA ROSANE GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341816691	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100209

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

(I) 85100218
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MD	1	88	00,00		S	07/08/20		Nara
2	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DOM	1	122	00,00		S	24/07/20		Nara
3	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88	00,00		S			
4	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OD	1	88	00,00		S	24/07/20		Nara
5	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	44	D	1	61	00,00		S	07/08/20		Nara
6	00	85208589	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73	00,00		S	01/08/20		Nara
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	520	0,00	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Contratada
/ /	07/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	07/08/20 Nara	/ / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6802060

CONCLUÍDA

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Via

340873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	23/07/20	AUTORIZADO	7712587	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250308186000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NARA ROSANE GOMES 30/11/1976	( ) -	NARA ROSANE GOMES

Dentista Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05341816691	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	800	000		S	24/07/20		Nara
2	00	85101981	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	600	000		S	07/08/20		Nara
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	1400	000	

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	07/08/20 Nara	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.736.630/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808900

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7729902	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527270800035401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NAIARA PEREIRA ANDRADE 09/01/1994	( )	NAIARA PEREIRA ANDRADE

Dados do Contratado Requisitante (ou) Executante

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20613	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 85100218
(0) 85100200
(0) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341691610	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U.S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MDO	1	12	200,00		S	07/08/20		Naiara
2	00	85102200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OM	1	88	00,00		S	07/08/20		Naiara
3	00	85102200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88	00,00		S	07/08/20		Naiara
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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
/ /	07/08/20 Tales Scherer	07/08/20 Naiara	CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1209 - CNES 6808999

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CONCLUÍDA

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 350442 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7757912	01/11/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025138964000171	POS REDE PRESTADORA	PERSONAL NET TECNOLOGIA DE	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILLA IRENE TONOLO BERTOLDI	26/09/1991	(48) 3251-0022	PRISCILLA IRENE TONOLO BERTOLDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	20/08/20		< B
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	20/08/20		> B
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	20/08/20		> B
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	20/08/20		x B
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	20/08/20		✓ B
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U/S	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Operadora
/ /	20/08/20 Tales Scherer	20/08/20	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

Priscilla Bertoldi

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-75
CRO/PR 1206 - CNES 6000000

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353319
INTERCÂMBIO

1-Reg.na ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7771225	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025037597000879011	POS REDE PRESTADORA	ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROBERLEI BOFF NANDI 10/12/1983	( )	ROBERLEI BOFF NANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165910	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	610	00,00		S	14/08/20		Roberlei
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	00,00		S	14/08/20		Roberlei
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 Guia Solicitada US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1200	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(a), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Dr. Tales Scherer Cirurgião Dentista Especialista em Implantes CRO-PR 20813	14/08/20	

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356507

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/2020	15/08/2020	AUTORIZADO	7786065	11/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531268000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENATA MORENO DE SOUZA 10/02/1994	( )	RENATA MORENO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341816691	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOMV	1	12	00	000		21/08/20		Renata
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	12	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
- imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Tales Scherer	21/08/20 Renata	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CNES 6808999
CNPJ 06.341.816/0001-50
SCHERER LTDA.

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

CONCLUÍDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 de 2

345042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	7732982	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025282708000421010	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

12-Nome		14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ROSMEIRE DE OLIVEIRA PINTO	01/03/1969	( )	ROSMEIRE DE OLIVEIRA PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	18-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 85100060

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06341816691000	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85210206	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OO	1	68	00,00		S	06/08/20		Rosmeire
2	00	85110019	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00,00		S	06/08/20		Rosmeire
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	149,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Tales Scherer	06/08/20 Rosmeire	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6908999

CONCLUÍDA

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

352167
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7765975	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025312608000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RENATA MORENO DE SOUZA 10/02/1994	( ) -	RENATA MORENO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348165691 10	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	13/08/20		Renata
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00	0,00	S	13/08/20		Renata
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00	0,00	S	13/08/20		Renata
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00	0,00	S	13/08/20		Renata
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00	0,00	S	13/08/20		Renata
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Internação	1-Total 2-Parcial	170	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(a), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Tales Scherer	13/08/20 Renata	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6803999

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NP

350440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414 | 3-Data de Emissão da Guia: 03/08/20 | 4-Data de Autorização: 04/08/20 | 5-Senha: AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal: 7757908 | 7-Data Validade da Senha: 01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 02025037597000879001 | 9-Plano: POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa: ANAJUSTRA ASSOC NACIONAL | 11-Data Validade da Carteira: / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: ROBERLEI BOFF NANDI 10/12/1983 | 14-Telefone: ( ) | 15-Nome do titular do plano: ROBERLEI BOFF NANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N | 17-Nome do Profissional Solicitante: TALES DELLINGHAUSEN SCHERER | 18-Número no CRO: 20813 | 19-UF: PR | 20-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 06348165910 | 22-Nome do Contratado Executante: TALES DELLINGHAUSEN SCHERER | 23-Número no CRO: 20813 | 24-UF: PR | 25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: TALES DELLINGHAUSEN SCHERER | 27-Número no CRO: 20813 | 28-UF: PR | 29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00			05/08/20		Roberlei
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: / / | 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US: 34,00 | 47-Valor Total R$: 0,00 | 48-Total Franquia / Coparticipação R$:

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.

46-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 05/08/20 Tales Scherer | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 05/08/20 Roberlei | 53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1209 - CNES 6808800

CONCLUÍDO

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355064 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414 | 3-Data de Emissão da Guia: 11/08/20 | 4-Data de Autorização: 11/08/20 | 5-Senha: AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal: 7779415 | 7-Data Validade da Senha: 09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 02025313036000010104 | 9-Plano: POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira: / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: SIDNEI DA SILVA | 14/05/1981 | 14-Telefone: ( ) | 15-Nome do titular do plano: DEBORA PEREIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N | 17-Nome do Profissional Solicitante: TALES DELLINGHAUSEN SCHERER | 18-Número no CRO: 20813 | 19-UF: PR | 20-Código CBO S:

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 06348169691 0 | 22-Nome do Contratado Executante: TALES DELLINGHAUSEN SCHERER | 23-Número no CRO: 20813 | 24-UF: PR | 25-Código CNES:

026 - Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante: TALES DELLINGHAUSEN SCHERER | 27-Número no CRO: 20813 | 28-UF: PR | 29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA		1		340	000	000	S	07/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		350	000	000	S	07/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		360	000	000	S	07/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		360	000	000	S	07/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		360	000	000	S	07/08/20		
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-Cirurgia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US: 1780 | 47-Valor Total R$: 000 | 48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: 07/08/20 Tales Scherer | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 07/08/20 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6650301

CONCLUÍDA

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº 352898

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/2010	13/08/2010	AUTORIZADO	7769495	05/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253117500000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VICTOR RAPHAEL DE OLIVEIRA GONCALVES 16/01/2010	( ) -	KATIANE 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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348156810	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00	0,00	S	21/08/2010		Katiane
2-	00	81010014	CONDICIONAMENTO EM			1	70	00,00	0,00	S	21/08/2010		Katiane
3-	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00,00	0,00	S	21/08/2010		Katiane
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$
/ /	4-Tratamento Odontológico	1-Total	176	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a mim assistido(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/2010 Tales Scherer	21/08/2010 Katiane	/ /

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

CONCLUÍDA

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N°

351136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/2010	05/08/2010	AUTORIZADO	7760905	02/11/2010

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025325117500000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS DANIEL DE OLIVEIRA GONCALVES	07/04/2007	( )	KATIANE 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	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06348161691 0	TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TALES DELLINGHAUSEN SCHERER	20813	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QTd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81060065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00			05/08/2010		Katiane
2	00	84090090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00,00			05/08/2010		Katiane
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Patológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Diretor Técnico	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/08/2010	05/08/2010 Katiane	

Dr. Tales Scherer
Cirurgião Dentista
Especialista em Implantes
CRO-PR 20813

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362154

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362154

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29858/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

Dados do Recurso da Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 335538

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 335538

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202530543360880102 - CAMILLA DE SOUZA CRUZ MORAIS

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento | 21 - Dente/Região | 22 - Face | 23 - Quantidade | 24 - Tabela | 25 - Procedimento/Item Assistencial | 26 - Descrição do Procedimento | 27 - Código da Glosa | 29 - Valor Recursado | 29 - Justificativa do Prestador | 30 - Valor Acatado | 31 - Justificativa do Operadora

1-	07/07/2020	25		M		01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3040	
									Procedimento autorizado previamente para a realização, foi executado como autorizado, favor realizar o pagamento.		3660
											000
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											

32 - Valor Total Recursado (R$): 3660

33 - Valor Total Acatado (R$): 000

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

34 - Data do Recurso: 09/07/2020

35 - Assinatura do Prestador: Jheniffer da Silva Martins.

36 - Data da Assinatura da Operadora: 31/08/2020

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

362148

1 - Registro ANS

1 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 36214848

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

Dados do Recurso de Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código de Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

12 -

Dados do Recurso de Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 317120

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 317120

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 80202511783000858802 - THAMYRES YASMIN DA SILVA IGLESIAS KRELIN

17 - Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de lote e guia)

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
26 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
27 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
28 - Descrição do Procedimento

27 - Código da Glosa

1- 26/05/2020 | 36 | V | D | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52880
00
Você consegue afirmar isso somente pela análise de imagem? Elemento com cárie profunda, porem vital. Foi realizado a proteção pulpar, forramento de cavidade e restauração, evitando-se o tratamento endodontico. Caso evolua

2- 26/05/2020 | 25 | O | D | 01 | 94 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 2 FACES | 3040
52880
00
(não tem justificativa para esse elemento, mas acredito que tenha digitado errado, pra ver como presta atenção)

3-

4-

5-

6-

32 - Valor Total Recursado (R$): 105,60

33 - Valor Total Acatado (R$): 00,00

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

34 - Data do Recurso: 01/06/2020

35 - Assinatura do Prestador: Jheniffer da Silva Martins

36 - Data da Assinatura da Operadora: 31/08/2020

37 - Assinatura da Operadora

OK

OdontoLife — GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

2 - Nº Guia no Prestador: 362150

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela Operadora: 362150

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29659/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

Dados do Recurso de Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código de Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso de Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 317524

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 317524

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202539149900000101 - KLEBER ROBERTO DE CARVALHO

17 - Código de Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
26 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região: 22 - Face
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

23 - Quantidade 24 - Tabela 25 - Procedimento/Item Assistencial 28 - Descrição do Procedimento 27 - Código da Glosa

1-	27052020	46			01	94	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1317
	43880	Procedimento realizado no dia 09/07/20.							
	00								
2-	27052020	44			01	94	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1317
	43880	Procedimento realizado no dia 09/07/20.							
	00								
3-	27052020	31			01	94	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE PERMANENTE	1317
	43880	Procedimento realizado no dia 09/07/20.							
	00								
4-	27052020	15			01	94	82000859	EXODONTIA DE RAIZ RESIDUAL	1317
	43880	Procedimento realizado no dia 09/07/20.							
	00								
5-									
6-									

32 - Valor Total Recursado (R$): 1752,00

33 - Valor Total Acatado (R$): 00,00

34 - Data do Recurso: 29052020

35 - Assinatura do Prestador: Jhenifer da Silva Martins

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

36 - Data da Assinatura da Operadora: 31052020

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

OK

362151

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362151

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote

9 - Número do Protocolo

10 - Código da Glosa do Protocolo

11 - Justificativa

Dados do Recurso da Guia

12 -

13 - Número da Guia no Prestador: 324618

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 324618

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202511783590058602 - THAMYRES YASMIN DA SILVA IGLESIAS KRELIN

17 - Código da Glosa da Guia

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia)

Dados dos Itens da Guia

19 -

20 - Data de Realização do Procedimento
21 - Dente/Região
22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Valor Recursado
27 - Código da Glosa
28 - Valor Acatado
29 - Justificativa do Prestador
30 - Descrição do Procedimento
31 - Justificativa da Operadora

1-	15/06/2020	37		M		01	94	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 1 FACE	3640	0000				
	o que foi?? Vai dizer que não consegue visualizar a descontinuidade do esmalte na mesial do elemento 37? Lesão está clara na imagem anexada.														
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															

32 - Valor Total Recursado (R$): 3660

30 - Valor Total Acatado (R$): 0000

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

34 - Data do Recurso: 16/06/2020

35 - Assinatura do Contratado: Jheniffer da Silva Martins

36 - Data da Assinatura da Operadora: 31/05/2020

37 - Assinatura da Operadora

OK

OdontoLife — GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

1 - Registro ANS:

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador: 362152

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362152

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código de Glosa do Protocolo:

11 - Justificativa:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 332114

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 332114

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00202529123300090101 - MARIA APARECIDA DE GODOI ANDRADE

17 - Código de Glosa da Guia:

18 - Justificativa (no caso de recurso de toda a guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
28 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado
21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora
22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Item Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código de Glosa

	20	28	30	21	22	23	24	25	26	27
1-	01/07/2020	73,20	0,00	45	D,O,M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
	Olha, não sei onde vc aprendeu a diagnosticar e planejar um tratamento, mas isso é ridículo.. O elemento está com cuspides intactas, ainda com grande remanescente estrutural, como manda-lo para tratamento indireto??									
2-	01/07/2020	73,20	0,00	44	D,O,M	01	94	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA FOTOPOLIMERIZÁVEL 3 FACES	3040
	Eu queria realmente saber como vc pode afirmar sobre o comprometimento pulpar... sem sinal de lesão, canal totalmente alreslado, e dente com vitalidade(exame clinico, sabe?). Se um dente tem vitalidade, e pode receber uma									
3-										
4-										
5-										
6-										

32 - Valor Total Recursado (R$): 1464,00

33 - Valor Total Acatado (R$): 0,00

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

34 - Data do Recurso: 08/07/2020

35 - Assinatura do Prestador: Jheniffer da Silva Martins

36 - Data da Assinatura da Operadora: 3

37 - Assinatura da Operadora:

OdontoLife

GUIA DE RECURSO DE GLOSAS

1 - Registro ANS

3 - Nome da Operadora: DENTAL UNI - COOPERATIVA ODONTOLOGICA

2 - Nº Guia no Prestador: 362153

4 - Objeto do Recurso: 2

5 - Número da Guia de Recurso de Glosas Atribuído pela: 362153

Dados do Contratado

6 - Código na Operadora: 07738896000150

7 - Nome do Contratado: 29859/PR - JHENIFER DA SILVA MARTINS

Dados do Recurso do Protocolo

8 - Número do Lote:

9 - Número do Protocolo:

10 - Código da Glosa do Protocolo:

11 - Anotações:

12 -

Dados do Recurso da Guia

13 - Número da Guia no Prestador: 333407

14 - Número da Guia Atribuído pela Operadora: 333407

15 - Status: AUTORIZADO

16 - Beneficiário: 00302530194300000101 - JOAO PAULO DA SILVA VIEIRA

17 - Código da Glosa da Guia:

18 - Anotações (no caso de recurso de guia e guia):

19 -

Dados dos Itens da Guia

20 - Data de Realização do Procedimento
25 - Valor Recursado
30 - Valor Acatado

21 - Dente/Região
29 - Justificativa do Prestador
31 - Justificativa da Operadora

22 - Face
23 - Quantidade
24 - Tabela
25 - Procedimento/Taxa Assistencial
26 - Descrição do Procedimento
27 - Código da Glosa

| | | |

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

360976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/08/2020	21/08/2020	AUTORIZADO	7806155	19/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025325311080000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AOLANI DA SILVA CAMBIASO	16/11/2006	( ) 99322433	TATIANE CRISTINA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831352396	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade a US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	14		1	730	0,00	0,00	S	27/08/20		
2	00	82000832	EXODONTIA DE PERMANENTE	24		1	730	0,00	0,00	S	27/08/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1460	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/2020 Jheniffer Martins	27/08/2020	27/08/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.778.906/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808997

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Via

351885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7764553	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025298438000060 1	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA 08/05/1978	( ) -	APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353398616	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	26/08/20		
2 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	26/08/20		
3 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	26/08/20		
4 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	26/08/20		
5 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	26/08/20		
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirdontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/08/20	26/08/20	26/08/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 362338 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/08/20	24/08/20	AUTORIZADO	7813393	22/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020258270800050501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIELLY APARECIDA PEREIRA 12/08/1991	( ) -	ADRIELLY APARECIDA PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359896	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	30	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	25/05/20		
2	30	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	25/05/20		
3	30	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	25/05/20		
4	30	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/05/20		
5	30	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	25/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/05/20 Jheniffer Martins	25/05/20	25/05/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OK

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

332470
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	03/07/20	AUTORIZADO	7675451	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0070258270800050701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE MAZARON 14/11/1977	( ) -	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Executante do Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353981	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	000		S	06/08/20		
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	730	000		S			
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U/S	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	( ) 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	( ) 1-Total 2-Parcial	1460	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Elemento 48 não foi realizado.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Jheniffer Martins	06/08/20	06/08/20

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.728.806/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808090

OK.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4ª

332200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	03/07/20	AUTORIZADO	7675041	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527827080005070101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE MAZARON 14/11/1977	( )	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Executante pela Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100220
(I) 85100226 (I) 85100200
(I) 85100225

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359856	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00,00	0,00	S	03/07/20		
2	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61	00,00	0,00	S	13/08/20		
3	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	00,00	0,00	S	03/07/20		
4	00	85102116	RESTAURAÇÃO RESINA	46	ODM	1	122	00,00	0,00	S	13/08/20		
5	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61	00,00	0,00	S	03/07/20		
6	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OMDV	1	122	00,00	0,00	S	06/07/20		
7	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	25	VDOM	1	122	00,00	0,00	S	06/07/20		
8	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88	00,00	0,00	S	13/07/20		
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OM	1	88	00,00	0,00	S	13/07/20		
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	766,00	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Executante Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/07/20 Jheniffer Martins.	06/07/20	06/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP 352527

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	10/08/20	AUTORIZADO	7767523	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025316110080000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
AOLANI DA SILVA CAMBIASO	16/11/2006	( ) 99322433	TATIANE CRISTINA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QNT	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	000		S	12/08/20		e Colani
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	000		S	12/08/20		e Colani
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	000		S	12/08/20		e Colani
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	000		S	12/08/20		e Colani
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-Urgência 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	140 0 0	0 0 0	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Jheniffer Martins	12/08/20 e. Colani	12/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 de 2

352153
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	10/08/20	AUTORIZADO	7765852	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025258270800050701	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALEXANDRE MAZARON 14/11/1977	( ) -	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	22-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29659	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353598616	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29659	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29659	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	82000858	EXODONTIA DE RAIZ	35		1	7300	000		S	11/08/20		
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10 -													
11 -													
12 -													
13 -													
14 -													
15 -													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7300	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29 859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/08/20 Jheniffer Martins	11/08/20	11/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.866/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

353095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7770321	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531208900001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARTHUR DIAS MAZARON 15/02/2012	( ) -	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	36-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	11/08/20		
2	00	81010014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00	0,00	S	11/08/20		
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00	0,00	S	11/08/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato. Dra. Jhenifer Martins

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/08/20 Jhenifer Martins	11/08/20	11/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351819 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	06/08/20	AUTORIZADO	7764203	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02253078300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARTHUR CAMARGO 06/10/2016	( ) -	CAROLINE CAMARGO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	23-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353396	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade LS	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00	0,00	S	10/08/20		Caroline
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70	0,00	0,00	S	10/08/20		Caroline
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00	0,00	S	10/08/20		Caroline
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 LS	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinados(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jheniffer Martins	10/08/20 Caroline	10/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.696/0001-50
[illegible] - CNES 6808999

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349045
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/2020	04/08/2020	AUTORIZADO	7751073	29/10/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025311008000010212	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
AOLANI DA SILVA CAMBIASO 16/11/2006	( ) 9932-2243	TATIANE CRISTINA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/I	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Rubrica da Classe	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	06/08/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U/I	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
06/08/20	06/08/20 Jheniffer Martins	06/08/20	06/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sem

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª via

349512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	03/08/20	AUTORIZADO	7753386	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253076670000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNO EDUARDO DA SILVEIRA 03/05/1999	( ) -	SUSANA DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 65100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610	000		S	24/08/20		Bruno
2	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	610	000		S	25/08/20		Bruno
3	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	880	000		S	24/08/20		Bruno
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2100	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido acerca os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Imagens analisadas.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	24/08/20 Jheniffer Martins	24/08/20 Bruno	24/08/20 CLÍNICA SCHERER LTDA. CNPJ 07.738.810/0001-50 CRO/PR 1366 - CNES 6808

OL

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2/4

350291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	04/08/20	AUTORIZADO	7757176	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025375976700000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNO EDUARDO DA SILVEIRA 03/05/1999	( ) -	SUSANA DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade Utl	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61	00	00	S	13/08/20		Bruno
2	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61	00	00	S	13/08/20		Bruno
3	00	85101020	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	68	00	00	S	13/08/20		Bruno
4	00	85101019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	M	1	61	00	00	S			
5	00	85101020	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88	00	00	S	15/08/20		Bruno
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Guia/Lote US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	359,00	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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: 31 não realizado.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Jheniffer Martins	13/08/20 Bruno	13/08/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.736.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 5808999

OK.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

357987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7792412	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025825827080004740161	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAMILA GRANDO DA ROCHA 19/08/1987	( )	CAMILA GRANDO DA ROCHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturer Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81030073	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00	0,00	S	28/08/20		Camila
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASO		1	360	0,00	0,00	S	28/08/20		Camila
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00	0,00	S	28/08/20		Camila
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00	0,00	S	28/08/20		Camila
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00	0,00	S	28/08/20		Camila
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Executante
/ /	28/08/20 Jheniffer Martins	28/08/20 Camila	28/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1865 - CNES 6808099

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº 354463 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7776408	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253115730000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAUA BOZZ DE OLIVEIRA 02/01/2010	( )	LEORI ROBERTO BOZZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353953961	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano do Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	000	S	28/08/20		Rosani
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	00	000	S	28/08/20		Rosani
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 Qtde/Valor US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106 00	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/08/20 Jheniffer Martins.	28/08/20 Rosani Bozz	28/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOMBRERO LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNO/PR 1705 - CNES 5008001

OK

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NP

351895
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7764582	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205315610000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
DIEGO FRANCESCONI 08/03/1990	( )	DIEGO FRANCESCONI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000		S	03/08/20		
2	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	03/08/20		
3	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	03/08/20		
4	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	03/08/20		
5	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	03/08/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/08/20	05/08/20	05/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.390/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6806

OdontoLife
Tem solução para você aqui

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 VIA

358500
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7794753	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253246360000053	POS REDE PRESTADORA	BLUE PARK AQUATICO S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELA MACHADO CERQUEIRA BUENO 01/05/2004	( ) -	PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09833135396	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/I	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85106	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6	100	000	S	19/08/20		Daniela D M B
2	00	85106	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6	100	000	S	/ /		
3	00	85106	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6	100	000	S	19/08/20		Daniela D M B
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade U/I	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	183	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Elemento 46 não foi realizado.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20 Jheniffer Martins	19/08/20 Daniela D. M. Bueno	19/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Via

357976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7792372	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025325308074000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DENISE CRISLAINE GREGORIO 19/03/1992	( ) -	VALDELENE GUILHERME CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(l) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831535398	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	800	000		S	24/08/20		Denise
2	00	85101976	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	610	000		S	24/08/20		Denise
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 / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1490	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido acerca os propósitos, riscos, custos e alternativos do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, é por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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
/ /	24/08/20	24/08/20 Denise Gregorio	24/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OC.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

349302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	03/08/20	AUTORIZADO	7752270	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 0 8 0 7 4 0 0 0 0 0 1 0 4	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DENISE CRISLAINE GREGORIO 19/03/1992	( ) -	VALDELENE GUILHERME CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	18-UF	20-Código CBO S	
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 9 8 3 1 3 5 3 9 6	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Principal/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	24/08/20		Denise
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	24/08/20		Denise
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	24/08/20		Denise
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	24/08/20		Denise
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	24/08/20		Denise
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$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178 00	00 00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
/ /	24/08/20 Jheniffer Martins	24/08/20 Denise Gregorio	24/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

Odontolife

franquia feita para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 347753

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7745013	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524263600000503	POS REDE PRESTADORA	BLUE PARK AQUATICO S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELA MACHADO CERQUEIRA BUENO 01/05/2004	( ) -	PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353539856	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000	000	S	05/08/20		Daniela Bueno
2	00	84020198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	000	000	S	05/08/20		Daniela Bueno
3	00	84020198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	000	000	S	05/08/20		Daniela Bueno
4	00	84020198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	000	000	S	05/08/20		Daniela Bueno
5	00	84020198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	000	000	S	05/08/20		Daniela Bueno
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/08/20 Jheniffer Martins	05/08/20 Daniela Bueno	05/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª

352605
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7767984	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025259149800010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELIELCI LUIZA FERREIRA BORBA	16/10/1985	( ) -	THIAGO ANDRÉ GROSS BORBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353539865	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	10/08/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jheniffer Martins	10/08/20	10/08/20

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

354459
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7776404	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253117870000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELSA SILVA DE SOUSA 19/09/1957	( ) -	ELSA SILVA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	000		S	13/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	000		S	13/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	000		S	13/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	000		S	13/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	000		S	13/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/08/20 Jhenifer Martins	13/08/20 Jhenifer Martins	13/08/20	13/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356569

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7786406	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025282708003810 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CAROLINO 16/03/1982	( ) -	ELAINE CAROLINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85106019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	610	000		S	19/08/20		Jhenif
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	610	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ 06.[illegible]/0001-36
CRO/PR [illegible]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	19/08/20 Jheniffer Martins	19/08/20 Elaine Carolino	19/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ 06.[illegible]/0001-36

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352535 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7767594	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0025258270801000170911	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDSON APARECIDO PINTO 29/10/1979	( ) -	EDSON APARECIDO PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85101019	6	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61	00	00	00	S	27/08/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/20	27/08/20	27/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808900

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 360263
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7802823	18/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527082000381101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CAROLINO 16/03/1982	( ) -	ELAINE CAROLINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Imagens analisadas

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/08/20 Jhenifer Martins	24/08/20 Elaine Carolino	24/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
Franquia não para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

354366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7775854	08/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020258270808000381101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELAINE CAROLINO 16/03/1982	( ) -	ELAINE CAROLINO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	25-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	26-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Anotações
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	13/08/20		Elaine Carolino
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	13/08/20		Elaine Carolino
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	13/08/20		Elaine Carolino
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	13/08/20		Elaine Carolino
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	13/08/20		Elaine Carolino
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Jheniffer Martins	13/08/20 Elaine Carolino	13/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você ©

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

356173
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7784687	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531171870000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELSA SILVA DE SOUSA 19/09/1957	( ) -	ELSA SILVA DE SOUSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Envisr - RX
(I) 85100200
(I) 85100218
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831352398616	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102006	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OD	1	880	0,00		S	20/08/20		
2	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	610	0,00		S	20/10/20		
3	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OVD	1	1220	0,00		S	20/08/20		
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	44	ODV	1	1220	0,00		S	20/08/20		
5	00	85102019	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	610	0,00		S	20/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4540	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e
contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore
referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. imagens analisadas

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Jheniffer Martins	20/08/20 E Sousa	20/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808990

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 VIA

349298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	05/08/20	AUTORIZADO	7752231	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02259308074000010012	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDERSON HENRIQUE GUILHERME CARNEIRO	01/02/1991	( ) -	VALDELENE GUILHERME CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831352538986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Item(ns) de Tratamento(s) / Procedimento(s) Solicitado(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	00	81010065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	00	00	S	07/08/20		eEderson
2	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	00	00	S	07/08/20		eEderson
3	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	00	00	S	07/08/20		eEderson
4	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	00	00	S	07/08/20		eEderson
5	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	00	00	S	07/08/20		eEderson
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.758.856/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Jheniffer Martins	07/08/20 eEderson	07/08/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N° 343420 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/20	22/07/20	AUTORIZADO	7724157	20/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527080001791	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDSON APARECIDO PINTO	29/10/1979	( ) -	EDSON APARECIDO PINTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR		025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Item de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000		S	22/07/20		
2	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	22/07/20		
3	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	22/07/20		
4	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	22/07/20		
5	00	85030047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	22/07/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	22/07/20	22/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OK

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340694

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	16/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7711821	14/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025271808000470801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ 30/07/1980	( ) -	FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	18-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353539861	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

(1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Guantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	88	00,00		S	28/07/20		
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88	00,00		S	28/07/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Guantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido acerca os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Elem. 24 não realizado

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/07/20 Jheniffer Martins	28/07/20	28/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SORRIR LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1908 - CNES 6508999

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

344352
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7729398	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202527282708000470801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ 30/07/1980	( )	FABIANE DE FIGUEIREDO MARTINEZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(0) 65100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	80	000		S	28/07/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	80	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/07/20 Jheniffer Martins	28/07/20	28/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR: 7269 - CNES 6508999

OK

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-via

358473
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7794670	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025117738639802	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUINTHER ERNEST SLEIGMAN 05/03/1985	(45) 3576-2819	JENNIFER MORI SLEIGMAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353938	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	27/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	27/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	27/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	27/08/20		
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/20 Jheniffer Martins	27/08/20	27/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.595/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808990

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354464
INTERCAMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7776409	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531157300000105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIEL BOZZ DE OLIVEIRA 26/10/2004	( ) -	LEORI ROBERTO BOZZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	28/08/20		Rozani
2	0	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	0,00		S	28/08/20		Rozani
3	0	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	0,00		S	28/08/20		Rozani
4	0	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	0,00		S	28/08/20		Rozani
5	0	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	0,00		S	28/08/20		Rozani
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
R. HERDER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1265 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo do Empresa
/ /	28/08/20 Jheniffer Martins	28/08/20 Rozani Leori	28/08/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

348467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	01/08/20	AUTORIZADO	7748213	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380006990202	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GUINTHER ERNEST SLEIGMAN 05/03/1985	(45) 3576-7281	JENNIFER MORI SLEIGMAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/20	27/08/20	20/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO 1206 - CNES 6808999

Ok

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 357036

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7788374	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202521609000001101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GISELI KARENINA TRAESEL 14/12/1987	( ) -	GISELI KARENINA TRAESEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	0,00	S	14/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	14/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	14/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	14/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	14/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Jhenifer Martins	14/08/20 Gisele Traesel	14/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354461

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7776406	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531157300000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELLE BRAGA DA ROSA 06/12/2001	( ) -	LEORI ROBERTO BOZZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	14/08/20		
2 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
3 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
4 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
5 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/08/20		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1266 CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Jheniffer Martins	14/08/20 e. Gabrielle	14/08/20

OK

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358423

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7794425	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530810200000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELLE BRILL DO CARMO 24/05/2008	( ) -	TATIANE FERREIRA BRILL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	31/08/20		
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70	0,00		S	31/08/20		
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00		S	31/08/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1760	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20 Jheniffer Martins	31/08/20	31/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Ok.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

353778
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7773032	08/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524961200005502	POS REDE PRESTADORA	CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
IRACI CANTELE 29/10/1964	( ) 99451-9236	DANIEL ELIAS DA SILVA CANTELE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353985	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102026	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMLD	1	1220	0,00		S	07/08/20		Iraci
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1220	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Jheniffer Martins	07/08/20 Iraci Cantele	07/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.778.396/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6908095

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335577

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7688657	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380003840 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IGO VINICIO TRIDA 17/01/1992	( ) -	IGO VINICIO TRIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	20/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	20/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	20/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	20/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	20/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Jheniffer Martins	20/08/20 Igo Trida	20/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Ac.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº

351823
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7764214	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205298438000006 03	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IGOR EDUARDO RIOS BATISTA 06/12/2012	( ) -	APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glose	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	26/08/20		
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70	0,00		S	26/08/20		
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00		S	26/08/20		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/08/20	26/08/20	26/08/20

CIRURGER LTDA.
CNPJ: 07.738.596/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6508999

Ok.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

pac

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329590
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/06/20	25/06/20	AUTORIZADO	7660555	22/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530543300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISAIAS MATOS DE SOUZA 16/09/1986	( ) -	ISAIAS MATOS DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	0,00		S	07/08/20		Isaias
2	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	730	0,00		S	07/08/20		Isaias
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	1460	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação
Para as exodontias favor anexar radiografia inicial para pagamento

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1096 CNES 6809900

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/07/20	07/07/20 Isaias M. de Souza	07/08/20

OK.

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

350322
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	03/08/20	AUTORIZADO	7757311	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202537027700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES 22/06/1966	( ) -	JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100225
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353985	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	610	0,00		S	14/08/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	610	0,00		S	14/08/20		
3	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	35	VLMO	1	122	0,00		S	10/08/20		
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	VL	1	88	0,00		S	10/08/20		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	332,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jhenniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jhenniffer Martins	10/08/20	10/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

OdontoLife

Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354724

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	6-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7777681	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800003201	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI 08/07/1979	( ) -	JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Observação
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	610	0,00		S	24/08/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	I	1	610	0,00		S	24/08/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	610	0,00		S	24/08/20		
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1830	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora/ a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Jheniffer Martins	24/08/20	24/08/20

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349835
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	03/08/20	AUTORIZADO	7754620	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800030501	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFER DAMIRIS FERNANDES DE ANDRADE 03/08/1996	( ) -	JENNIFER DAMIRIS FERNANDES DE ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (i) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 - 00	85102002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DM	1	800	0,00		S	24/08/20		
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	800	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/08/20 Jheniffer Martins	24/08/20	24/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OL.

Odontolife
Planejado para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358781
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	7796012	16/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117838001781 01	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS 05/04/1993	( ) -	JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610	0,00		S	25/08/20		jaqueline
2		00851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	25/08/20		jaqueline
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1220,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Imagens analisadas

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/08/20 Jheniffer Martins	25/08/20 jaqueline f. dos santos	25/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

pac

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

357731
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7791296	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117783800078101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS 05/04/1993	( ) -	JAQUELINE FERREIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	18/08/20		Jaqueline
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/20		Jaqueline
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/09/20		Jaqueline
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	18/08/20		Jaqueline
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Jaqueline
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	18/08/20 Jheniffer Martins	18/08/20 Jaqueline S. dos Santos	18/08/20

CLINICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356732

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7787223	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380007990101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JHENNIFER DOS SANTOS NUNES 21/03/1992	( ) -	JHENNIFER DOS SANTOS NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002	0	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OM	1	88,00	0,00	S			
2-	00	85102002	0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00	S	26/08/20		Jhennifer
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	1760	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: 44 não foi realizado

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.8
CRO/PR 1206 - C

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/08/20 Jheniffer Martins	26/08/20 Jhennifer Nunes	26/08/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

334525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/07/20	07/07/20	AUTORIZADO	7683900	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530716400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS	11/04/1988	( ) -	JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00	0,00	S	07/07/20		Josileide
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00	0,00	S	07/07/20		Josileide
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00	0,00	S	07/07/20		Josileide
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00	0,00	S	07/07/20		Josileide
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00	0,00	S	07/07/20		Josileide
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	/ /	07/07/20 Jheniffer Martins	07/07/20 Josileide G.	07/07/20

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

Ok.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340920
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
405414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712935	15/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117783800069901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFER MORI SLEIGMAN 21/03/1967	(45) 3576-7281	JENNIFER MORI SLEIGMAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102020	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	20/08/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Jheniffer Martins	20/08/20 Jennifer Sleigman	20/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1295 - CNES 6808990

Olc.

OdontoLife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340920

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/07/20	20/07/20	AUTORIZADO	7712935	15/10/20

Dados do beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117838060669901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JENNIFER MORI SLEIGMAN 21/03/1987	(45) 3576-7281	JENNIFER MORI SLEIGMAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut.	40-Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85102002	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	20/07/20		Jennifer
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/07/20 Jheniffer Martins	17/07/20 Jennifer Sleigman	17/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHEIDER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1286 - CNES 6803990

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

351710
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	06/08/20	AUTORIZADO	7763558	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800043101	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANETE BATISTA DA LUZ 08/07/1976	( ) -	JANETE BATISTA DA LUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353966	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	07/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	07/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	07/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	07/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	07/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, o por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1396 CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Jheniffer Martins	07/08/20	07/08/20

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

Não assinou

Ok.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348982
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	03/08/20	AUTORIZADO	7750801	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117838800079901	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JHENNIFER DOS SANTOS NUNES 21/03/1992	( ) -	JHENNIFER DOS SANTOS NUNES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	07/08/20		Jhenn
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	07/08/20		Jhenn
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	07/08/20		Jhenn
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	07/08/20		Jhenn
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	07/08/20		Jhenn
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20	07/08/20 Jhennifer Nunes	07/08/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6509960

Ok.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348472
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7748232	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800003201	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI 08/07/1979	( ) -	JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/05/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	10/05/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	10/05/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	10/05/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	10/05/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jheniffer Martins	10/08/20	21/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808959

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 336672
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	09/07/20	10/07/20	AUTORIZADO	7693243	07/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025302543000000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KAILAYNE GIOVANNA DA SILVA SILVEIRA 01/07/2003	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09833135393856	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610	0,00		S	14/08/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	610	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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.

48-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20	14/08/20	14/08/20

dc.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 355883

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7783076	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530140900001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KLEBER ROBERTO DE CARVALHO 27/06/1969	( ) -	KLEBER ROBERTO DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100226

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	28/08/20		
2-	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MVDP	1	122,00	0,00		S	28/08/20		
3-	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MVPI	1	122,00	0,00		S	28/08/20		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	305,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR 1266 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	28/08/20	28/08/20	28/08/20

ok

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

365702
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/08/20	31/08/20	AUTORIZADO	7829107	26/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800037301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KARLA TUANY LOPES FERREIRA	03/06/1993	( ) -	KARLA TUANY LOPES FERREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	31/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	31/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	31/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	31/08/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	31/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20 Jheniffer Martins	31/08/20	31/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
BOMBEIRE LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
[illegible] - CNES 6808999

Odontlife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

330362
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/06/20	29/06/20	AUTORIZADO	7664624	24/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203530140900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
KLEBER ROBERTO DE CARVALHO 27/06/1969	( ) -	KLEBER ROBERTO DE CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353596	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226 (I) 85100218
(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Dis	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00851006226	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MVDP	1	122	00,00		S	12/05/20		
2	00851002080	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88	00,00		S	03/07/20		
3	00851002080	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88	00,00		S	30/07/20		
4	00851002161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	ODM	1	122	00,00		S	30/07/20		
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	420	00,00	

Declaro, que antes de ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião/Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/07/20 Jheniffer Martins	03/07/20	03/07/20

Ok.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358438

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	27/08/20	AUTORIZADO	7794486	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202538081020000010105	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ GUSTAVO BRILL DO CARMO 20/03/2010	( ) -	TATIANE FERREIRA BRILL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	54		1	73,00	0,00		S	31/08/20		
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	73,00	0,00		S	/ /		
3	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65		1	73,00	0,00		S	/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	219,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: 64 e 65 não realizados

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista -	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20	31/08/20	31/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344430

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7729886	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530286000000010 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS MARCIO RODRIGUES SILVA 03/02/2003	( ) -	MARLENE RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	14/08/20		e Sucon
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		e Sucon
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		e Sucon
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	14/08/20		e Sucon
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	244,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Jheniffer Martins.	14/08/20 e Sucon	14/08/20

OK.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354460
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7776405	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531157300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
LEORI ROBERTO BOZZ 01/07/1966	( ) -	LEORI ROBERTO BOZZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rn	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	14/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	14/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	14/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	14/08/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	14/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20	14/08/20	14/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Oc.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

348476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7748320	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800003202	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUAN VIEIRA GRANDI 09/04/2009	( ) -	JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	10/08/20		
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	700	0,00		S	10/08/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1040,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jheniffer Martins	10/08/20	10/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.396/0001-50
CRO/PR 1203 - CNES 6808999

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348495

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão de Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7748323	28/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800003202	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUAN VIEIRA GRANDI 09/04/2009	( ) -	JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84009090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	30/07/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	72,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/07/20 Jheniffer Martins	30/07/20	17/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA HOMERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354721

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7777671	09/11/20

INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800000320202	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUAN VIEIRA GRANDI 09/04/2009	( ) -	JOSELY GONCALVES VIEIRA GRANDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	12/08/20		
2-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	12/08/20		
3-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	27		1	49,00	0,00		S	12/08/20		
4-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	37		1	49,00	0,00		S	12/08/20		
5-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	47		1	49,00	0,00		S	12/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	257,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos or contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
imagens analisadas

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Jheniffer Martins	12/08/20	12/08/20

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

348986
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	31/07/20	AUTORIZADO	7750807	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511178380006380 1	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA 08/04/1991	( ) -	LUCAS DE CASTRO OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	03/08/20		Lucas
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	03/08/20		Lucas
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	03/08/20		Lucas
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	03/08/20		Lucas
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	03/08/20		Lucas
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/08/20 Jhenifer Martins	03/08/20 Lucas	03/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

02.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 345543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/07/20	28/07/20	AUTORIZADO	7735037	22/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530807400000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS HENRIQUE GREGORIO CARNEIRO 16/05/2014	( ) -	VALDELENE GUILHERME CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84009009	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	720	0,00		S	23/07/20		Denise
2	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	700	0,00		S	23/07/20		Denise
3	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	23/07/20		Denise
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1760	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/07/20 Jheniffer Martins	23/07/20 Denise Gregorio	23/07/20

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349990

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7755522	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530807400001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCAS HENRIQUE GREGORIO CARNEIRO 16/05/2014	( ) -	VALDELENE GUILHERME CARNEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	20/08/20		Edinson
2	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	20/08/20		Edinson
3	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	20/08/20		Edinson
4	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	20/08/20		Edinson
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	196,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/08/20 Jheniffer Martins	20/08/20 Edinson	20/08/20

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351714

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	10/08/20	AUTORIZADO	7763559	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530766700000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LARA ISABELLY SILVEIRA 15/04/2006	( ) -	SUSANA DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pela Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	13/08/20		e Susana
2-	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00		S	13/08/20		e Susana
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	1060	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20	13/08/20 e Susana S.	13/08/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 362345

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	24/08/20	24/08/20	AUTORIZADO	7813462	22/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA DALMORA 22/06/2011	( ) -	ALINE CAMARGO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	54	OD	1	8800	0,00		S	25/08/20		Aline
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	8800	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1265 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/08/20 Jheniffer Martins	25/08/20 Aline	25/08/20

OdontoLife
Tem cuidado para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

352797
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7768945	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202509953900014301	POS REDE PRESTADORA	ASSEMPPRASSOC DOS SERV DO	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MATHEUS GAMBETTA NORONHA	22/06/1991	(45) 3524-2024	MATHEUS GAMBETTA NORONHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359866	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6100	0,00		S	17/08/20		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	0,00		S	17/08/20		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6100	0,00		S	20/08/20		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6100	0,00		S	17/08/20		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	6100	0,00		S	20/08/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	6100	0,00		S	27/08/20		
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	6100	0,00		S	20/08/20		
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	6100	0,00		S	27/08/20		
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	6100	0,00		S	/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	54900	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Elem. 26 não realizado.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	17/08/20 Jheniffer Martins	17/08/20	17/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346824

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7740487	26/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530867700000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA GOMES 26/05/2005	( ) -	JOAO VICTOR GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	06/08/20		Maria
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	06/08/20		Maria
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	06/08/20		Maria
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	06/08/20		Maria
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	06/08/20		Maria
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-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 do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Jheniffer Martins	06/08/20 Maria Eduarda	06/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

342337
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	20/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7719072	18/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117783800033801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MONICA DE BRITO 31/05/1987	( ) -	MONICA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	29-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	610	0,00		S			
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	V	1	610	0,00		S			
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	610	0,00		S			
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	610	0,00		S	23/07/20		
5-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	610	0,00		S	23/07/20		
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	305 00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e
contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore
referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Elem. 22, 13 e 14 não realizados.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	23/07/20 Jheniffer Martins	23/07/20	23/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 361026

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	21/08/20	24/08/20	AUTORIZADO	7806425	19/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530867700000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA GOMES 26/05/2005	( ) -	JOAO VICTOR GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	610	0,00		S	31/08/20		Maria
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	610	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	31/08/20 Jhenifer Martins	31/08/20 Maria Eduarda	31/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 363363

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	25/08/20	26/08/20	AUTORIZADO	7818534	23/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205308677000000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA GOMES 26/05/2005	( ) -	JOAO VICTOR GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	610	0,00		S	25/08/20		Maria
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	610	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Imagem analisada

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	25/08/20 Jheniffer Martins	25/08/20 Maria Ed.	25/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.728.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-NF

332105
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/07/20	01/07/20	AUTORIZADO	7674072	29/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529660400000101	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE CARDOSO 03/04/1976	( )	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
(I) 85100200 (I) 85100218
(I) 85100200 (I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	21	IMD	1	122,00	0,00		S	15/07/20		e marlene
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IM	1	88,00	0,00		S	15/07/20		e marlene
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	28/08/20		e marlene
4	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00		S	15/07/20		e marlene
5	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	16	ODM	1	122,00	0,00		S	29/07/20		e marlene
6	00	85101096	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00		S	29/07/20		e marlene
7	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	47	ODM	1	122,00	0,00		S	07/07/20		e marlene
8	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OMD	1	122,00	0,00		S	07/07/20		e marlene
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	8470	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/07/20 Jheniffer Martins.	29/07/20 e Marlene	29/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

331976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	30/06/20	01/07/20	AUTORIZADO	7673582	28/09/20

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00252965660400000101	POS REDE PRESTADORA	MARLENE CARDOSO LANCHES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE CARDOSO 03/04/1976	( )	MARLENE CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353539866	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVI	1	122,00	0,00		S	29/07/20		e marlene
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	122,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	29/07/20 Jheniffer Martins	29/07/20 e marlene	29/07/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354713
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7777648	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA DALMORA 22/06/2011	( ) -	ALINE CAMARGO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00		S	12/08/20		Jhen
2	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	12/08/20		Jhen
3	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	12/08/20		Jhen
4	00	84007074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	12/08/20		Jhen
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	88,00	0,00		S	24/08/20		Jhen
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00		S	24/08/20		Jhen
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	372,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos er contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. imagens analisadas

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.725.856/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Jheniffer Martins	12/08/20	12/08/20

OK.

OdontoLife

bem-estar para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324625

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/06/20	17/06/20	AUTORIZADO	7635110	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530286000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARLENE RODRIGUES 05/10/1975	( ) -	MARLENE RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(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 Glose	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	880	0,00		S	29/07/20		Marlene
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	610	0,00		S	12/08/20		Marlene
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	610	0,00		S	21/07/20		Marlene
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	0,00		S	24/06/20		Marlene
5	00	85102182	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OLD	1	1220	0,00		S	24/06/20		Marlene
6	00	85101196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610	0,00		S	25/06/20		Marlene
7	00	85101196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	0,00		S	25/06/20		Marlene
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5150	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/06/20 Jheniffer Martins	24/06/20 Marlene Rodrigues	24/06/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 351707
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7763557	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530752000000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA DALMORA 22/06/2011	( ) -	ALINE CAMARGO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359860	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340		000	S	10/08/20		Aline
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	720		000	S	10/08/20		Aline
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	1060	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jheniffer Martins	10/08/20 Aline	10/08/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 340038

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/07/20	16/07/20	AUTORIZADO	7706813	13/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205117836800033801	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MONICA DE BRITO 31/05/1987	( ) -	MONICA DE BRITO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OMP	1	122,00	0,00		S	20/07/20		
2-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMD	1	122,00	0,00		S	20/07/20		
3-	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OD	1	88,00	0,00		S	20/07/20		
4-	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	ODV	1	122,00	0,00		S	05/08/20		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	454,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	20/07/20 Jhenifer Martins	20/07/20	20/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356700 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	7787090	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205198930000440 1	POS REDE PRESTADORA	FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NEUSA DE LIMA 25/05/1969	( ) -	NEUSA DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00,00		S	21/08/20		Neusa
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	21/08/20		Neusa
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	21/08/20		Neusa
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	21/08/20		Neusa
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	21/08/20		Neusa
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.566/0001-50
CRO/PR 1905 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Jheniffer Martins	21/08/20 Neusa de Lima	21/08/20

OK.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 338918
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/07/20	15/07/20	AUTORIZADO	7703536	12/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OSEIAS DA SILVEIRA	21/02/1981	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00			S	30/07/20		Oseias
2	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	IMD	1	122,00			S	24/07/20		Oseias
3	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMD	1	122,00			S	27/07/20		Oseias
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	M	1	61,00			S	04/08/20		Oseias
5	00	85102218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00			S	04/08/20		Oseias
6	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00			S	30/07/20		Oseias
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	549,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável *	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	24/07/20 Jheniffer Martins	24/07/20 - Oseias	24/07/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OK.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

352001
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	06/08/20	AUTORIZADO	7765164	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530254300000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
OSEIAS DA SILVEIRA 21/02/1981	( ) -	OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 65100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VO	1	88,00	0,00		S	05/08/20		Oseias
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/08/20 Jheniffer Martins	05/08/20 Oseias da Silveira	05/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.396/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

359499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7799410	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524263600000501	POS REDE PRESTADORA	BLUE PARK AQUATICO S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO 20/07/1982	( ) -	PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102206	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IMVP	1	12,00	0,00		S	21/08/20		Priscila D M B
2-	00	85102010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,00	0,00		S	21/08/20		Priscila D M B
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	20,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Jheniffer Martins	21/08/20 Priscila D M B Buena	21/08/2020

OK.

OdontoLife
tudo o que você sorri

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358574 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	18/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7795115	16/11/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524263600000501	POS REDE PRESTADORA	BLUE PARK AQUATICO S A		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO 20/07/1982	( ) -	PRISCILA DIOGO MACHADO BUENO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	21/08/20		Priscila D M B
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, o por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Jheniffer Martins	21/08/20 Priscila D. M. Bueno	21/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.736.596/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Ok.

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349831

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	03/08/20	04/08/20	AUTORIZADO	7754583	01/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202506443703005680 1	POS REDE PRESTADORA	SINDARSPEN SIND AGENTES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
PEDRO AUGUSTO MIRANDA DA SILVA 18/07/1985	( ) -	PEDRO AUGUSTO MIRANDA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61	00	000	S	05/08/20		
2-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	05/08/20		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10-											/ /		
11-											/ /		
12-											/ /		
13-											/ /		
14-											/ /		
15-											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	95 00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/08/20 Jheniffer Martins	05/08/20	05/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA

OK

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2#º

351825
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/20	05/08/20	AUTORIZADO	7764227	03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529843800000604	POS REDE PRESTADORA	TV CATARATAS LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAELLA RIOS BATISTA 18/01/2007	( ) -	APARECIDO ROGERIO DO LAGO BATISTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/08/20		
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	26/08/20		
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	26/08/20		
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	26/08/20		
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	26/08/20		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	26/08/20	26/08/20	26/08/20

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1266 - CNES 6808999

OK.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 349273

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	04/08/20	AUTORIZADO	7752113	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205311897000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RODRIGO BOUCINHA DA SILVA 30/04/1984	( ) -	RODRIGO BOUCINHA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	06/08/20		e Rodrigo B
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	06/08/20		e Rodrigo B
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	06/08/20		e Rodrigo B.
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	06/08/20		e Rodrigo B.
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	06/08/20		e Rodrigo B.
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos ao contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Jheniffer Martins	06/08/20 e Rodrigo B. da Silva	06/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

Ok.

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354353
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	10/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7775767	08/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202528270800040301	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
RENATA RIBEIRO RIGOTTI 02/09/1983	( ) -	RENATA RIBEIRO RIGOTTI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/08/20		e Renata
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	12/08/20		e Renata
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	12/08/20		e Renata
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	12/08/20		e Renata
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	12/08/20		e Renata
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20 Jheniffer Martins	12/08/20 e Renata R. Rigotti	12/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317118 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	01/06/20	AUTORIZADO	7597499	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205301885000001101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
REGIANE LOPES DOS SANTOS 26/04/1989	( ) -	REGIANE LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	12	DM	1	88,00	0,00	0,00	S	/ /		
2	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMP	1	122,00	0,00	0,00	S	01/06/20		c. Regiane
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	210,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
PR 1206 - CNES 6808909

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Jheniffer Martins	01/06/20 Regiane	01/06/2020 PR

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 317059 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	26/05/20	29/05/20	AUTORIZADO	7597455	24/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530185000001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
REGIANE LOPES DOS SANTOS 26/04/1989	( ) -	REGIANE LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	39-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00		S	01/06/20		Regiane
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	29/05/20		Regiane
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00		S	29/05/20		Regiane
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S			
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00		S			
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S			
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	420,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLOGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.738.890/0001-50
CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/06/20 Jheniffer Martins	29/05/20 Regiane depois	29/05/20

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

354462
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7776407	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531157300000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ROSANI LEMES BOZZ 23/09/1968	( )	LEORI ROBERTO BOZZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	11/08/20		R Rosani
2		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	11/08/20		R Rosani
3		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	11/08/20		R Rosani
4		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	11/08/20		R Rosani
5		00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/08/20		R Rosani
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	11/08/20 Jheniffer Martins	11/08/20 R Rosani Lemes	11/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
JOHSRER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

OK

OdontoLife
franquia para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346826

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	28/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7740496	26/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530667700000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ROSA MARIA ZILLI GOMES 12/08/1968	( ) -	JOAO VICTOR GOMES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	0,00	S			Rosa
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S			Rosa
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S			Rosa
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S			Rosa
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S			Rosa
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178	00,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOHEBER LTDA
CNPJ: 07.738.396/0001-50
CRO/PR 1995 - CNES 5909990

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	06/08/20 Jheniffer Martins	06/08/20 Rosa	06/08/20

OK.

Odontolife
a qualidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352604

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7767967	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202529149800000010103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SARAH FERREIRA BORBA 14/05/2012	( ) -	THIAGO ANDRE GROSS BORBA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353985	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	19/08/20		
2-	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	19/08/20		
3-											/ /		
4-											/ /		
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforma acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SOLIDER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	10/08/20 Jheniffer Martins	10/08/20	10/08/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344458

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7730045	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530277700000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SARA ADRISSA BARROS SIMOES 15/12/1997	( ) -	JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353985	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	0,00		S	07/08/20		
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo do Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	730	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODON... LTDA.
CNPJ: 07.738.[illegible]/0001-50
CRO/PR 1[illegible] - CRO 680899

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	07/08/20 Jheniffer Martins	07/08/20 Sara Adrissa Barros	07/08/20

OK.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

355914
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	12/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7783223	10/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530766700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SUSANA DA SILVEIRA 11/09/1979	( ) -	SUSANA DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	13/08/20		Susana
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	13/08/20		Susana
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	13/08/20		Susana
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	13/08/20		Susana
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	13/08/20		Susana
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Jheniffer Martins	13/08/20 Susana S.	13/08/20

OK

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344448

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/07/20	24/07/20	AUTORIZADO	7729972	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	8a-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530270700000103	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SARA ADRISSA BARROS SIMOES 15/12/1997	( ) -	JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(l) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	03/08/20		Sara Adr.
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	88,00	0,00		S	03/08/20		Sara Adr.
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 / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	149,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	03/08/20 Jheniffer Martins	23/07/20 Sara Adrissa Barros Simoes	03/08/20

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 354466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7776411	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530736000000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
VITORIA BURGATH 24/02/1998	( ) -	VITORIA BURGATH

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/08/20		Vitoria
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Vitoria
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Vitoria
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Vitoria
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/08/20		Vitoria
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	170,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	27/08/20 Jheniffer Martins	27/08/20 Vitoria	27/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

OK.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 356467

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	13/08/20	13/08/20	AUTORIZADO	7785835	11/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202500010003010 3	POS REDE PRESTADORA	PROCURADORIA DA REP NO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VERA LUCIA DA COSTA 26/10/1979	(45) 3524-4580	ALESSANDRO DA ROCHA MATTJE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		
2-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
3-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
4-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/08/20		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento, de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jhenifer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

49-Observação

ALTERADA QUANTIDADE DE USO DO ATO 81000065 ATRAVES DA TELA DE AJUSTES E VERIFICACOES

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	13/08/20 Jhenifer Martins	13/08/20	13/08/20

OK.

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

PCC

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358448

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/08/20	18/08/20	AUTORIZADO	7794524	15/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531208900000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR ALEXANDRE DIAS MAZARON 26/01/2009	( ) -	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831359398	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00		S	21/08/20		
2-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00		S	21/08/20		
3-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	17		1	49,00	0,00		S	21/08/20		
4-	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00		S	21/08/20		
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	196,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	21/08/20 Jheniffer Martins	21/08/20	21/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SORRIDER LTDA.
CNPJ: 07.738.696/0001-50
CNES 6508999

OK

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

348987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	31/07/20	03/08/20	AUTORIZADO	7750810	29/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530767670000010104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR HUGO SILVEIRA 31/12/2003	( ) -	SUSANA DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO'S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO'S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OD	1	88,00	0,00		S	04/08/20		vitor
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	04/08/20		vitor
3-	00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	05/08/20		vitor
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	05/08/20		vitor
5-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	04/08/20		vitor
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S	04/08/20		vitor
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	420,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
. Imagens analisadas

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	04/08/20 Jheniffer Martins	04/08/20 Vitor	04/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

ok.

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*

354941
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	11/08/20	AUTORIZADO	7778637	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205312089000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VITOR ALEXANDRE DIAS MAZARON 26/01/2009	( ) -	ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	14/08/20		
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72	0,00		S	14/08/20		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	106,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.895/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20	14/08/20	14/08/20

OK.

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 via

356817
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	14/08/20	14/08/20	AUTORIZADO	7787407	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202511783800084401	POS REDE PRESTADORA	FUNDACAO PARQUE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS CAVALLARI SILVA AMARAL 11/12/1997	( ) -	VINICIUS CAVALLARI SILVA AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1		00815000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	0,00		S	14/08/20		
2		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	0,00		S	14/08/20		
3		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	0,00		S	14/08/20		
4		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	0,00		S	14/08/20		
5		00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	0,00		S	14/08/20		
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo da Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1780	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	14/08/20 Jheniffer Martins	14/08/20	14/08/20

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999