



Digitalizada com CamScanner

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C

guia 469857



406414		04/02/21		04/02/21		AUTORIZADO		8267609		05/05/21		405607 INTERCÂMBIO	
8-Número de Carteira 00202529056300002106				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTIANE FATIMA DE OLIVEIRA						14-Telefone () -		15-Data de Nascimento 06/04/1981		15-Nome do titular do plano DAIANE LETICIA DE LIMA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			17/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			17/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			17/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			17/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			17/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23.106		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/02/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
--	--	--	--	---	--	---	--



C-



Digitalizada com CamScanner



406414	013110211211	013110211211	AUTORIZADO -	8205544	014110511211	405524 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0102025325387000010104			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SUELI SONIA DE LIMA			14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano GISELI BRUNA PEREIRA LIMA		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311133948			22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES 01 85100200
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S 01 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	01018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	8,8100	0,00			12/02/21		Sueli
2-	01018511002000	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DM	1	8,8100	0,00			12/02/21		Sueli
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 Douglas Riccieri Raymundo CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/21 Sueli	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	--	--	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABR 406414		2-Dados de Emissão da Guia: 08/10/2012		3-Data de Autorização: 10/10/2012		4-Tipo de Guia: AUTORIZADO		5-Registro da Guia Principal: 8278789		6-Data Validade da Guia: 09/10/2012		7-Valor da Guia: 472519	
8-Número da Carteira: 00202025229055600002102		9-Plano: POS REDE PRESTADORA		10-Empresa: SOCIEDADE DE ENSINO		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome: DIEGO DA CONCEICAO				14-Data: 15/04/1991		15-Telefone: (11) 3333-3333		16-Nome do titular do plano: JESSICA SANTANA DA LUZ RESQUIM					
17-Abandono e RN: N		18-Nome do Profissional Solicitante: DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		19-Número no CRO: 23106		20-UF: PR		21-Código CBO S		22-025 - Faturar Empresa			
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05731133948		24-Nome do Contratado Executante: DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		25-Número no CRO: 23106		26-UF: PR		27-Código CNEB		28-Código CBO S			
29-Nome do Profissional Executante: DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		30-Número no CRO: 23106		31-UF: PR		32-Código CBO S							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Mostrar de Glor 42-Assinatura
1	008110000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				12/10/2012	Diego
2	00813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00				12/10/2012	Diego
3	00813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00				12/10/2012	Diego
4	00813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00				12/10/2012	Diego
5	00813000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00				12/10/2012	Diego
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/11/12	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	0,00	0,00

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

49-Observação

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6809999

Dr. Douglas Ricceri Raymundo
Cirurgião Dentista
CRO/PR 23.106

[illegible]

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

6M marcada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C - 2-Nº



473964
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	3-Data de Autorização 11/01/2012	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8286803	6-Data de Vencimento da Guia 11/01/2012
8-Número da Carteira 101021021530853900101021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome CRISTIANE MARIA ARAUJO PRADO DE ALMEIDA			14-Telefone 07/06/1986	15-Nome do titular do plano CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1057311133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	010181101010615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00	0,00		11/02/2012		Cristiane
2	010181531010417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00	0,00		11/02/2012		Cristiane
3	010181531010417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00	0,00		11/02/2012		Cristiane
4	010181531010417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00	0,00		11/02/2012		Cristiane
5	010181531010417	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00	0,00		11/02/2012		Cristiane
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23106 Douglas Ricceri	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2012 - Cristiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6006002
---	--	---	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4F

1-Registro ABO 406414		3-Data de emissão da Guia 01/08/2012		4-Data de Autorização 01/08/2012		5-Status AUTORIZADO		6-Número da Guia Própria 8277268		7-Data de validade da Guia 01/09/2015		471718 INTERCÂMBIO			
8-Número de Carteira 01020251281270800058601				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome RENATA BALBINOT				14-Telefone 06/09/1981		15-Nome do titular do plano RENATA BALBINOT									
16-Atendimento e RN N															
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0517311133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S							
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura															
1-0101810100065		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASD		1		34,00		0,00		S 12/02/21			
2-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36,00		0,00		S 12/02/21			
3-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36,00		0,00		S 12/02/21			
4-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASE		1		36,00		0,00		S 12/02/21			
5-0101815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL													
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento / /				44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.															
49-Observação															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/08/2012 Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR:23106				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/08/2012 Renata Balbinot				53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1236 - CNES 690999			

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/01/2011	3-Data de Autorização 29/01/2011	4-Status AUTORIZADO	5-Plano de Saúde Principal 8247065	6-Data Validade da Guia 28/01/2011	7-Valor da Guia 464925
8-Número da Carteira 000202534742500000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CLAUDIA AGUIAR	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDILSON DA SILVA				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	28/01/2011		Claudia
2	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	28/01/2011		Claudia
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 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/2011 Douglas Ricci RAYMUNDO CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/2011 Claudia	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	--	--

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Data de emissão do documento 11/01/2012	3-Data de Autenticação 11/01/2012	4-Serviço AUTORIZADO	5-Operadora 8286299	6-Operadora 11/01/2012	7-Valor da Prestação 474313	8-Tipo de Prestação INTERCÂMBIO
9-Dados do Beneficiário 010202535259200000101		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade de Carteira 11/01/2012		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SELMA APARECIDA DA SILVA		14-Telefone 12/07/1977		15-Endereço do titular do plano SELMA APARECIDA DA SILVA		16-Número do Contrato Responsável pelo Tratamento	
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		19-Operadora 23106		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-Código CNES	
25-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		26-Número no CRO 23106		27-UF PR		28-Código CBO S	
29-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado							

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clossa	42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,00	0,00		11/01/2012		Selma
2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,00	0,00		11/01/2012		Selma
3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,00	0,00		11/01/2012		Selma
4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,00	0,00		11/01/2012		Selma
5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,00	0,00		11/01/2012		Selma
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23106 Douglas Ricci	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 Selma	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2012
---	---	---	---

OdontoLife
Transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/11/2012	3-Data de Atualização 11/11/2012	4-Status AUTORIZADO	5-Valor da Guia 8291492	6-Data de Validade da Guia 11/12/2015	7-Valor da Guia 475001
8-Número da Carteira 0102025000010000008105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROCURADORIA DA REP NO	11-Data de Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 475001	INTERCÂMBIO	
13-Nome NICOLAS DE OLIVEIRA FARHAT	14-Telefone (11) 11111111	15-Data de Emissão 11/06/2003	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR
20-Código CBO S 025	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO
27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	30-Fatura Empresa			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	D	1	61100	0100					Nicolas
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61100	47-Valor Total R\$ 0100	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

406414	11/01/2012	11/01/2012	AUTORIZADO	8291302	11/01/2012	474956 INTERCÂMBIO
6-Número de Carteira 0002025000010000008105			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROCURADORIA DA REP NO	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NICOLAS DE OLIVEIRA FARHAT			14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano FAWEZ FARHAT		

16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948			22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106			28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Nicolas F
2-00	64000190	PROFILAXIA: POLIMENTO			3	5,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 69,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.155.296/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

Douglas Ricceri Raymundo
CRO/PR 23106

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro Profissional 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/02/21	3-Data de Realização 11/02/21	4-Status AUTORIZADO	5-Plano de Saúde 8290323	6-Data de Validade da Guia 12/05/21	7-Valor da Guia 474735
8-Número da Carteira 0020253353620000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	13-Intercâmbio	
14-Nome do Beneficiário RODRIGO OZORES SILVA	15-Data de Nascimento 28/11/1989	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano RODRIGO OZORES SILVA	18-Endereço do Beneficiário		
19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	21-Número no CRO 23106	22-UF PR	23-Código CBO S 025	24-Faturar Empresa	
25-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	26-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	30-Código CNES	
31-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO						
32-Data de Tratamento / Procedimento Solicitado						
33-Data	34-Código do Procedimento	35-Descrição	36-Dente/Região	37-Face	38-Quantidade US	39-Valor
1-00084000198	1-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00
2-00084000198	2-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00
3-00084000198	3-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00
4-00084000198	4-00084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00
5-00000000000	5-00000000000					
6-00000000000	6-00000000000					
7-00000000000	7-00000000000					
8-00000000000	8-00000000000					
9-00000000000	9-00000000000					
10-00000000000	10-00000000000					
11-00000000000	11-00000000000					
12-00000000000	12-00000000000					
13-00000000000	13-00000000000					
14-00000000000	14-00000000000					
15-00000000000	15-00000000000					
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	49-Observação

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / Douglas Ricci Raymundo CRO/PR: 23.106	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Rodrigo Ozores Silva	52-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 8908999
--	--	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



473967
INTERCÂMBIO

1-Identificador Aves 406414	2-Código de Controle da Guia 110101211	3-Código de Autorização 110101211	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Endereço da Guia Principal 8286849	6-Código de Controle da Guia 111101511211
8-Número da Carteira 002021521016148701015321011			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ANTONIO APARECIDO MAJEWSKI			14-Telefone (1415) 3101212121313	15-Nome do titular do plano ANTONIO APARECIDO MAJEWSKI	
16-Abandono a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01573111339148			22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S
30-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Comentário
1-0101811010101615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4100	0,00		S		
2-0101815310101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6100	0,00		S		
3-0101815310101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6100	0,00		S		
4-0101815310101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6100	0,00		S		
5-0101815310101417		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6100	0,00		S		
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178100	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23.106		52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável / /	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1216 - CNES 6809999			

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANEP 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/01/2011	3-Data de Anulação 21/01/2011	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8244509	6-Data Validade da Guia 21/01/2011	7-464319 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0102020252064870004011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome LUCIANE DA SILVA KLIPPEL		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANE DA SILVA KLIPPEL			
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00181000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/01/2011		
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			21/01/2011		
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			21/01/2011		
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			21/01/2011		
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			21/01/2011		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / Douglas Ricci Raymundo CRO/PR 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2011 Luciane da Silva Klippel	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA, SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 680999
---	---	---

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

Monaco

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406414	0131/02/21	0131/02/21	AUTORIZADO -	8263445	0141/05/21	INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 01020253266420000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome EDILENE SUZI DA COSTA MORAES		14-Telefone 11/01/1969		15-Nome do titular do plano DANIEL COSTA MORAES		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100218

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0108510218	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OMV	1	122,00	01,00			01/02/21		
2-	0108510218	RESTAURAÇÃO RESINA	48	OMV	1	122,00	01,00			01/02/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 01,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / <i>Dr. Douglas Ricciéri Raymundo</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / <i>Dr. Douglas Ricciéri Raymundo</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / <i>Daniel Costa Moraes</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.730.960/0001-50 CRO/FR 1208 - CNES 6808999
--	--	--	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

marcada

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C



406414		03/10/21/21		03/10/21/21		AUTORIZADO		8263476		04/10/21/21		INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 00202534216200000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome JULIANI CARVALHO MISCEVSKI				14-Telefone 10/01/1991		15-Nome do titular do plano JULIANI CARVALHO MISCEVSKI									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106				28-UF PR		29-Código CBO S							
30-Tabela															
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor			
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		46		0		1		6100		0100			
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			
				1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência				1-Total 2-Parcial				6100			
47-Valor Total R\$				48-Total Franquia / Co-participação R\$				49-Observação							
0000				0000											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				53-Data, local e Carimbo da Empresa			
				DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO Cirurgião Dentista CRO/PR: 23106 <i>Douglas Ricc.</i>								CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999			



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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 10/02/2011	3-Data de Autorização 11/02/2011	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia 8289883	6-Data de Validade da Guia 11/05/2011	7-Tipo de Transação INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 00202533536200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome RODRIGO OZORES SILVA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RODRIGO OZORES SILVA	16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR
20-Data do Contrato Respostável pelo Tratamento 28/11/1989	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/02/2011		Doi/60
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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 Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106 <i>Doi/60</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/2011 10h 00min <i>Doi/60</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1226 - CNES 6808999
--	--	--	--	---

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Carte de Seguro-Dente 12/01/11/211	4-Data de Autorização 12/01/11/211	5-Status AUTORIZADO	6-Numero de Claus Principal 8243331	7-Data Validade de Seguro 12/01/11/211	464074 INTERCÂMBIO
8-Numero da Carteira 10020253104040000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESICA WILEZILEK IKUNO				14-Telefone () - - - -	15-Nome do titular do plano ELIZABETH APARECIDA CANDIDO	
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		18-Numero no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		27-Numero no CRO 23106		24-UF PR	25-Código CNES	28-UF PR
29-Código CBO S						
30-Tabela						
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1-00181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00
2-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00
3-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00
4-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00
5-00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00
6- / / / / / / / / / /						
7- / / / / / / / / / /						
8- / / / / / / / / / /						
9- / / / / / / / / / /						
10- / / / / / / / / / /						
11- / / / / / / / / / /						
12- / / / / / / / / / /						
13- / / / / / / / / / /						
14- / / / / / / / / / /						
15- / / / / / / / / / /						
43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ / / / / /				

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
/ / / / /
Dr. Douglas Riccieri Raymundo
CRO/PR-23.106
See John T. de

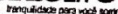
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
/ / / / /

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.898/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



Digitalizada com CamScanner



C.



462628
INTERCÂMBIO

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Proprietário Alcega 406414		2-Data de Emissão da Guia (2/7/01/1/21)		3-Data de Autorização (2/7/01/1/21)		4-Tipo de Autorização AUTORIZADO		5-Número de Guia Principal 8238689		6-Data Validade da Guia (2/7/01/1/21)		7-Valor da Guia 462981							
8-Número da Carteira 000202528270800047601												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JEFFERSON RODRIGUES CARDOSO												14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JEFFERSON RODRIGUES CARDOSO					
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 21/02/1988												17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO							
18-Abandono e RN N		19-Número no CRO 23106										20-Código CBO S 025 -							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0573113348		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO										23-Número no CRO 23106		24-Código CNES Faturar Empresa					
25-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		26-Número no CRO 23106										27-Código CBO S PR		28-Código CNES 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 Clima	42-Assinatura							
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	D	1	61,00	0,00	0,00		10/10/21									
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00	0,00		10/10/21									
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00	0,00		10/10/21									
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OM	1	88,00	0,00	0,00		10/10/21									
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 271,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00									

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Jefferson Rodrigues Cardoso	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNEC 0808999
--	--	--	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro 406414		2-Data de Emissão de Guia 27/10/11		3-Data de Autorização 27/10/11		4-Situação AUTORIZADO		5-Número de Guia Principal 8240866		6-Data Válida de Série 27/10/11		7-463553 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 010220251117838000528011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO PARQUE		11-Data Válida da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EDILENE ALVES DE BETIO				14-Telefone		15-Nome do titular do plano EDILENE ALVES DE BETIO		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		18-Data 10/11/1976	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00			10/11/2011		Edlene
2	0108511001196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			10/11/2011		Edlene
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 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
--	--	---	--	--	--	-------------------------------	--	-------------------------	--	---	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável)	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	Do Douglas Ricceri Raymundo CRO/PR 23.106	Edlene	

LOGICA
LOGICA
18/09/2011-50
CRO/PR 1223 - CNES C803999

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão de Guia 21/01/2011	3-Data de Autorização 21/01/2011	4-Serviço AUTORIZADO	5-Número de Guia Precatória 8236631	6-Data Validação da Guia 21/01/2011	7-Nº 462625	8-Intercâmbio INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 010202534870400000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANAINA PEREIRA MARCON				14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JANAINA PEREIRA MARCON		
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR	25-Código CNES		
		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/02/21		
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			10/02/21		
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/02/21		
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/02/21		
5	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

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

OdontoLife
transfere para você mais

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



463810
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão do CBO 12/01/2011	3-Data de Autorização 28/01/2011	4-Status AUTORIZADO	5-Número do CBO Principal 8241924	6-Data Validade da Guia 27/04/2011
8-Número da Carteira 1002025000300800002301			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC EMP DA ITAIPU	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ANA PAULA NICOLETTI TEIXEIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA NICOLETTI TEIXEIRA	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			12-Número do Centro Nacional de Saúde	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948			18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S
30-Data Previsto Término do Tratamento / /					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 178,00					
47-Valor Total R\$ 0,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00					

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 11/01/2011 Cirurgião Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 Ana Paula Nicoletti Teixeira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	---	---	--

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



406414		014101211		04101211		AUTORIZADO		8266741		05101511211		406034																																																																																																																																																																																																																	
01020125282708000371011		POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY		11-Data Validade de Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																					
13-Nome KIM BRESSAN DE JESUZ		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano KIM BRESSAN DE JESUZ																																																																																																																																																																																																																									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		25/10/1986																																																																																																																																																																																																																									
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0157311133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa																																																																																																																																																																																																																			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES																																																																																																																																																																																																																							
27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>010810010065</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>3,40</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>04/02/21</td> <td></td> <td>du</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>010815300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASD</td> <td></td> <td>1</td> <td>3,60</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>04/02/21</td> <td></td> <td>du</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>010815300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAID</td> <td></td> <td>1</td> <td>3,60</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>04/02/21</td> <td></td> <td>du</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>010815300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAIE</td> <td></td> <td>1</td> <td>3,60</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>04/02/21</td> <td></td> <td>du</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>010815300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASE</td> <td></td> <td>1</td> <td>3,60</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>04/02/21</td> <td></td> <td>du</td> </tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>														30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	1	010810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00	0,00		04/02/21		du	2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du	3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du	4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du	5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du	6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																																	
1	010810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00	0,00		04/02/21		du																																																																																																																																																																																																																	
2	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du																																																																																																																																																																																																																	
3	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du																																																																																																																																																																																																																	
4	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du																																																																																																																																																																																																																	
5	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00	0,00		04/02/21		du																																																																																																																																																																																																																	
6																																																																																																																																																																																																																													
7																																																																																																																																																																																																																													
8																																																																																																																																																																																																																													
9																																																																																																																																																																																																																													
10																																																																																																																																																																																																																													
11																																																																																																																																																																																																																													
12																																																																																																																																																																																																																													
13																																																																																																																																																																																																																													
14																																																																																																																																																																																																																													
15																																																																																																																																																																																																																													
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$																																																																																																																																																																																																																			
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		1,7810		0,00																																																																																																																																																																																																																					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																																																																																																																																																																																													
49-Observação																																																																																																																																																																																																																													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				53-Data, local e Carimbo da Empresa																																																																																																																																																																																																																	
				Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião-Dentista CRO/PR 23106				[Assinatura]				CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 8803099																																																																																																																																																																																																																	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ABR 406414		2-Data de Emissão da Guia 28/10/11/21		3-Data de Atorização 28/10/11/21		4-Senha AUTORIZADO		5-Número de Guia Principal 8245236		6-Data Validação da Guia 28/10/11/21		7-464548 INTERCÂMBIO			
8-Número da Carteira 0102025352456000000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA				11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VANESSA RENATA VANZETO				14-Telefone (11) 1111-1111				15-Nome do titular do plano VANESSA RENATA VANZETO							
16-Atendimento a RV N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106				19-UF PR			
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				21-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				22-Número no CRO 23106				23-UF PR			
24-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				25-Número no CRO 23106				26-UF PR				27-Código CBO S			
28-Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado				29-Número no CRO 23106				30-UF PR				31-Código CBO S			

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/11/21		Vanessa
2-010815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/11/21		Vanessa
3-010815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/11/21		Vanessa
4-010815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/11/21		Vanessa
5-010815300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			04/11/21		Vanessa
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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

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



454806
INTERCÂMBIO

1-Registro ABR 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/11/21	3-Código de Autorização 1181/01/11/21	4-Serviço AUTORIZADO	5-Plano de Saúde Principal 8200484	6-Data de Validade da Guia 11/01/11/21
7-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202530762400000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALLAN BRUNO PASQUALETTO DOS SANTOS		14-Telefone 03/03/2002	15-Idade do titular do plano ()	16-Nome do titular do plano SIDINEI JOSE DOS SANTOS	
17-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 057311133948	24-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	25-Número no CRO 23106	26-UF PR	27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	29-Número no CRO 23106	30-UF PR	31-Código CBO 3		
32-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
33-30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		
3-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		
4-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		
5-00085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		
6-00000000000					
7-00000000000					
8-00000000000					
9-00000000000					
10-00000000000					
11-00000000000					
12-00000000000					
13-00000000000					
14-00000000000					
15-00000000000					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Do Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23106 Douglas Ricceri		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	
53-Data, local e Carimbo da Empresa		CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 R. PR 1206 - CNES 6808999			

Odontolife
transparência para você sorrir

for xerox

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C



406414		01/02/2012		01/02/2012		AUTORIZADO		8258062		01/03/2012		467507 INTERCÂMBIO			
0101202025305123010000101				POS REDE PRESTADORA		DENTAL UNI COOPERATIVA									
LEILIANE GOMES DA SILVA				09/05/1991		() () () () () ()		LEILIANE GOMES DA SILVA							
N		DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23106		PR		025 - Faturar Empresa					
01057311133948		DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23106		PR		23106		PR					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US			
1-010181010000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA													
2-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASD)		1		1		34		100			
3-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HAID)		1		1		35		100			
4-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HAIE)		1		1		35		100			
5-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
6-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
7-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
8-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
9-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
10-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
11-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
12-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
13-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
14-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
15-01018141000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		(HASE)		1		1		35		100			
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$					
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		174100		10100							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.				49-Observação											
30-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				53-Data, local e Carimbo da Empresa			
01/02/2012				Dr. Douglas Ricci Raymundo CRO/PR 23.106				01/02/2012				CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999			

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414		2-Data de emissão desta guia 03/10/2012		3-Data de Autorização 03/10/2012		4-Status do Atendimento AUTORIZADO		5-Número da Guia Principal 8262163		6-Data de Validade da Guia 04/10/2012		7-400402 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 00202535365300000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome FELIPE PENA DE CARVALHO												14-Telefone () -	
15-Nome do titular do plano FELIPE PENA DE CARVALHO												16-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 07/10/1992	
17-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Empresa		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNEB		26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			
27-Número no CRO 23106				28-UF PR		29-Código CBO S		Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/10/2012		Felipe	
2-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			04/10/2012		Felipe	
3-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			04/10/2012		Felipe	
4-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			04/10/2012		Felipe	
5-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			04/10/2012		Felipe	
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$			

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/10/2012 Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/2012 Felipe Pena Beneficiário	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1204 - CNES 600000
--	--	--	---

OdontoLife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/01/2011	3-Data de Autorização 21/01/2011	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8245569	6-Data Validade da Guia 21/04/2011	7-464599 INTERCÂMBIO
8-Data do Beneficiário 01/02/2015		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA LAURA BIATO DA COSTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CESAR MATTIA DA COSTA		16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 25/02/2002	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	01018101010301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Am B
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Joe Tades

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.

2-4*



406414		10/2/02/12/1		10/2/02/12/1		AUTORIZADO		8258107		10/3/05/12/1		407513 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 1010210215301552301001010102				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome ELTON JHONN LEITAO DE FREITAS				14-Telefone 23/02/1987		15-Nome do titular do plano LEILIANE GOMES DA SILVA							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05173111313948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0018101001065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	0,00			07/02/21		ELTON J.
2	0018530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	0,00			07/02/21		ELTON J.
3	0018530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	0,00			07/02/21		ELTON J.
4	0018530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	0,00			07/02/21		ELTON J.
5	0018530100147	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	0,00			07/02/21		ELTON J.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Dr. Douglas Ricceri Raymundo Cirurgião Dentista 05/04/2023		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / ELTON J.		53-Data, local e Carimbo da Empresa / / SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	
--	--	---	--	---	--	--	--



406414 -		215/1011/211		215/1011/211		AUTORIZADO -		8228874		215/1011/211		401070 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 0102025351517000001011				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome LUCILEIA ADRIANA DE QUEIROZ				14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano LUCILEIA ADRIANA DE QUEIROZ							
16-Abandono e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				18-Número no CRO 23106		19-UF PR		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	01081101000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/02/21		Lucileia
2-	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/21		Lucileia
3-	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	03/02/21		Lucileia
4-	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		Lucileia
5-	010815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		Lucileia
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / CRO/PR 23.106	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / CRO/PR 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Lucileia A. de Queiroz	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.600/0001-00 CRO/PR 1208
---	---	--	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



460023
INTERCÂMBIO

1-Registro Ato 406414	2-Data de Emissão da Guia 22/10/11/211	3-Data de Autorização 25/10/11/211	4-Autorização AUTORIZADO	5-Endereço da Empresa 8224079	6-Data de Validade da Guia 22/10/11/211
7-Número da Carteira 0002025325387000000103	8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	10-Data de Validade da Carteira / /	11-Número do Cartão Nacional de Saúde	
12-Nome JOSE PEREIRA DE LIMA	13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 08/04/1966	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GISELI BRUNA PEREIRA LIMA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	01810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/02/21		
2-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
3-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
4-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
5-0	01853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	03/02/21		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/02/21 Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	---	--

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



454812
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	3-Data de Autorização 11/01/2011	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8200525	6-Data Validade da Guia 11/04/2011
7-Identificação do Beneficiário					
8-Número da Carteira 01012025342162000010101					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome JULIANI CARVALHO MISCEVSKI					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano JULIANI CARVALHO MISCEVSKI					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
18-Número no CRO 23106					
19-UF PR					
20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015731133948					
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
23-Número no CRO 23106					
24-UF PR					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO					
27-Número no CRO 23106					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-010181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
4-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
5-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
6-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
7-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
8-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
9-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
10-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
11-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
12-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
13-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
14-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
15-010185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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

Observação

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/01/2011 Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23106	11/01/2011 Juliani Carvalho Miscevski	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



457012
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 19/10/12	3-Data de Autorização 19/10/12	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8209811	6-Data Validade da Guia 19/10/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253266420000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILENE SUZI DA COSTA MORAES					
14-Telefone () - / -					
15-Nome do titular do plano DANIEL COSTA MORAES					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO					
18-Número no CRO 23106					
19-UF PR					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948					
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO					
23-Número no CRO 23106					
24-UF PR					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO					
27-Número no CRO 23106					
28-UF PR					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
6-0000000000					
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Previsto Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
49-Observação					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável					
53-Data, local e Carimbo da Empresa					

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

18 Quer amarelo dente

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



467839
INTERCÂMBIO

1-Régisto: 406414	2-Data de Emissão de Guia: 02/10/2011	3-Data de Autorização: 02/10/2011	4-Tipo de Autorização: AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal: 8259358	6-Data de Validade da Guia: 03/11/2011
8-Número da Carteira: 00020253334118000000102			9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /
13-Nome: MARCO AURELIO TEIXEIRA INACIO			14-Telefone: () - / -	15-Nome do titular do plano: CELIA REGINA DE OLIVEIRA	
16-Atendimento e RN: N			17-Nome do Profissional Solicitante: DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 057311133948			22-Nome do Contratado Executante: DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		
26-Nome do Profissional Executante: DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			27-Número no CRO: 23106		
28-UF: PR			29-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa		
30-Tabela: 31-Código do Procedimento: 32-Descrição: 33-Dente/Região: 34-Face: 35-Qtd: 36-Quantidade US: 37-Valor: 38-Franquia/Co-participação R\$: 39-Aut: 40-Data de Realização: 41-Motivo da Clossa: 42-Assinatura:					
1-00081000065 CONSULTA ODONTOLÓGICA					
2- / /					
3- / /					
4- / /					
5- / /					
6- / /					
7- / /					
8- / /					
9- / /					
10- / /					
11- / /					
12- / /					
13- / /					
14- / /					
15- / /					
43-Data Previsão Término do Tratamento: / /		44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	
46-Total Quantidade US: 34,00		47-Valor Total R\$: 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$: /	

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

49-Observação:	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 02/10/2011 Dr. Douglas Ricceri Raimundo	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/10/2011 Marco Aurelio Teixeira Inacio	53-Data, local e Carimbo da Empresa: CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
----------------	--	--	---	---

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

*ja e
paciente*

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



464589
INTERCÂMBIO

14-Região	15-Data de Emissão de Guia	16-Data de Autorização	17-Status da Guia	18-Número da Guia Principal	19-Data Validade de Guia
406414	21/8/2011/21	21/8/2011/21	AUTORIZADO	8245529	21/8/2014/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira		9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade de Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
000202507642400000101		POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	
13-Nome			14-Telefone	15-Nome do titular do plano	
CLAUDEMIR BATISTA MONTEIRO			(11) 1111-1111	CLAUDEMIR BATISTA MONTEIRO	
16-Atendimento a RN					
N					
17-Nome do Profissional Solicitante			18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO 3
DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			23106	PR	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF			22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF
0517311133948			DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23106	PR
25-Nome do Profissional Executante			26-Número no CRO	27-UF	28-Código CBO 3
DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			23106	PR	
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
0,00					

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

Observação

51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/8/2011 Douglas Ricci Raymundo CRO/PR 23106	21/8/2011 Claudemir Batista Monteiro	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 GRO/PR 1208 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C-



2-Nº

1-Registro Profissional 406414	2-Data de Emissão 22/08/2011	3-Data de Autorização 22/08/2011	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8244505	6-Código de Série 22/08/2011	7-Valor da Guia 464315
8-Número da Carteira 000202528270800058201		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO MARTINS DIAS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano DIEGO MARTINS DIAS		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Data de Realização 23/07/1990		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		24-UF PR	25-Código CNES	
28-Número no CRO 23106		29-UF PR		30-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			07/07/11		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			07/07/11		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			07/07/11		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			07/07/11		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00			07/07/11		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

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

/ /

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

03/08/2011
Dr. Douglas Ricci Raymundo
Cirurgião-Dentista
CRO-PR 23106

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

03/08/2011

53-Data, local e Carimbo da Empresa

/ /

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

C
GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANVISA 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/01/2011	3-Data de Autorização 21/01/2011	4-Sistema AUTORIZADO	5-Previdência Social Principal 8229679	6-Data de Validade da Guia 21/01/2011	7-461229 INTERCÂMBIO							
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 010202532538700000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data de Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde									
13-Nome SUELI SONIA DE LIMA		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano GISELI BRUNA PEREIRA LIMA										
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES							
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	29-Código CBO S								
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura													
1-0101810100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S	23/01/2011		Sueli			
2-0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	S	23/01/2011		Sueli			
3-0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	S	23/01/2011		Sueli			
4-0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	S	23/01/2011		Sueli			
5-0101853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	S	23/01/2011		Sueli			
6- / / / / / / / / / /													
7- / / / / / / / / / /													
8- / / / / / / / / / /													
9- / / / / / / / / / /													
10- / / / / / / / / / /													
11- / / / / / / / / / /													
12- / / / / / / / / / /													
13- / / / / / / / / / /													
14- / / / / / / / / / /													
15- / / / / / / / / / /													
43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / / / / /							44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

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

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

GISELI BRUNA PEREIRA LIMA
Sueli

53-Data, local e Carimbo da Empresa

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



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro Area 406414	2-Data de Emissão da Guia 08/02/2011	3-Data de Autorização 09/02/2011	4-Situação AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8278911	6-Data Validade da Guia 09/05/2011	7-Valor da Guia 472351
8-Número do Beneficiário 002020252971193000018011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	INTERCÂMBIO	
13-Nome ANDRE ANTERO DA SILVA	14-Telefone 05/02/1985	15-Nome do titular do plano ANDRE ANTERO DA SILVA				
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Específico DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Centre/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/02/2011		
2-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,00	0,00			12/02/2011		
3-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,00	0,00			12/02/2011		
4-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,00	0,00			12/02/2011		
5-0085300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,00	0,00			12/02/2011		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião Dentista CRO/PR 23.106	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2011 André Antero da Silva	52-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 3803999
---	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 408414	10-Data de emissão de Guia 21/10/21	4-Data de Autorização 22/10/21	6-Senha AUTORIZADO	10-Número de Guia Principal 8222098	17-Data Validade de Guia 21/10/21	459604 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 01020253415100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JOAO PEDRO FREITAS GOES		14-Telefone 03/05/2004	15-Nome do titular do plano AUGUSTO DE FREITAS GOES JUNIOR			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIER RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 015731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIER RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100226	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIER RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						

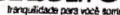
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	01085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OV	1	88,10	0,00	0,00		18/02/21		João F.
2	01085100206	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VOMP	1	122,00	0,00	0,00		18/02/21		João F.
3	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00		18/02/21		João F.
4	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00		18/02/21		João F.
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-Data de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 332,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/21 Douglas Riccieri Raymundo CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21 João F.	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	--	--	---



C.

463151- INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Região 406414		2-Região 129/01/21		3-Região 110/02/21		4-Autorizado 8249362		5-Região 129/04/21		6-Região 465467 INTERCÂMBIO	
7-Número da Carteira 00202534808300000102				8-Plano POS REDE PRESTADORA				9-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA			
10-Nome LUAN VINICIUS VIEIRA JASPER LIMA						11-Data Vencimento da Carteira / /					
12-Data de Emissão do Boleto 08/04/2005						13-Telefone () / /					
14-Nome do Beneficiário BARBARA SHARON FAIRUS VIEIRA						15-Data de Realização / /					
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO					
18-Número no CRO 23106						19-UF PR					
20-Código no CRO 23106						21-UF PR					
22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO						23-UF PR					
24-Número no CRO 23106						25-UF PR					
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO						27-UF PR					
28-Número no CRO 23106						29-UF PR					
30-Tabela											
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA				134100	10,00			13/02/21		
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 34100		47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado / / Dr. Douglas Ricciéri Raymundo CRO/PR: 23.106				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / Barbara Sharon Fairus Vieira			
				53-Data, local e Carimbo da Empresa / /				CLÍNICA ODONTOLÓGICA - SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 4206 - CNES 6808999			



1-Registro ANS 406414		2-Data de Emissão 21/01/2011		3-Data de Autorização 11/01/2012		4-Tipo de Autorização AUTORIZADO		5-Número do Plano 8249358		6-Data de Validade 21/01/2011		7-Operadora INTERCÁMBIO	
8-Número da Carteira 0002025348083000000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome BIANCA VIEIRA				14-Telefone		15-Data 30/08/2011		16-Telefone		17-Nome do titular do plano BARBARA SHARON FAIRUS VIEIRA			
18-Atendimento e RN N				19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				20-Número no CRO 23106		21-UF PR		22-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948				24-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				25-Número no CRO 23106		26-UF PR		27-Código CNES	
28-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				29-Número no CRO 23106				30-UF PR		31-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/01/2011		Barbara
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			21/01/2011		Barbara
3	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			21/01/2011		Barbara
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Riccieri Raymundo		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo de Empresa	
---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--

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

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ABO 406414	2-Carte de Entrego de Guia 18/10/2021	3-Data de Autorização 18/10/2021	4-Status AUTORIZADO	5-Número de Guia Principal 8308443	6-Data Validade de Bônus 19/10/2021	7-Valor 479474	8-Tipo de Bônus INTERCÂMBIO				
9-Número da Carteira 100202534808300000101		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Data Validade de Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome BARBARA SHARON FAIRUS VIEIRA				14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano BARBARA SHARON FAIRUS VIEIRA					
16-Atendimento a RN N				17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		18-Data de Realização 17/12/1986					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR					
25-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		26-Número no CRO 23106		27-UF PR		28-Código CBO S					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 32-Descrição 33-Dente/Região 34-Face 35-Qtd 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura											
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	18/12/21		
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	18/12/21		
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	18/12/21		
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	18/12/21		
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	18/12/21		
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											

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

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / / / Cirurgião Dentista Douglas Ricceri	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/21 Barbara Sharon Fairus Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 2001001
---	---	--

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



1-Registro ABO 406414	2-Data de emissão da Guia 29/01/2011	3-Data de Autorização 10/02/2011	4-Tipo de Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8249315	6-Data de Validade da Guia 29/01/2011	7-Valor da Guia 465436	8-Tipo de Guia INTERCÂMBIO
9-Número de Carteira 002022534808300000104	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	12-Data de Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde			
14-Nome VITORIA IANCY SARAIVA DA SILVA VIEIRA	15-Data de Nascimento 10/12/2007	16-Telefone () - -	17-Nome do titular do plano BARBARA SHARON FAIRUS VIEIRA				
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa		
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	24-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	25-Número no CRO 23106	26-UF PR	27-Código CNES			
28-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	29-Número no CRO 23106	30-UF PR	31-Código CBO S				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Barbara
2	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					Barbara
3	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					Barbara
4	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					Barbara
5	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					Barbara
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

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

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-1*

1-Registro ANVISA 406414	2-Código de Entidade de Classe 11010211211	3-Código de Autorização 11010211211	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número de Guia Prescrição 8266846	6-Código de Vencimento 11110511211	7-Valor 475369	8-Tipo de Transação INTERCÂMBIO
9-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 1010202528270800045001		10-Plano POS REDE PRESTADORA		11-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		12-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome CRISTIANE PESSINI		14-Data 29/04/1982		15-Telefone (11) 11111111		16-Nome do titular do plano CRISTIANE PESSINI	
17-Atendimento a RN N							
18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		19-Número no CRO 23106		20-UF PR		21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		23-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		24-Número no CRO 23106		25-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/02/21		<i>luciana</i>
2-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/02/21		<i>luciana</i>
3-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/02/21		<i>luciana</i>
4-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/02/21		<i>luciana</i>
5-	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/02/21		<i>luciana</i>
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21 <i>Dr. Douglas Ricceri Raymundo</i> Cirurgião Dentista CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21 <i>luciana</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	--	---	--

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Manoel

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C



2-AP

406414	18/10/2021	18/10/2021	AUTORIZADO	8306836	19/05/2021	479073 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00202529719300001801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TELEVISAO NAPI LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ANDRE ANTERO DA SILVA		14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRE ANTERO DA SILVA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			24/09/21		<i>[Signature]</i>
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			24/09/21		<i>[Signature]</i>
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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / / <i>[Signature]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/09/21 <i>[Signature]</i> CRO/PR 23106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/09/21 <i>[Signature]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-00 CRO/PR 1206 - CNES 6828903
--	---	---	---

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



Folha nº 406414		Data de Emissão: 11/02/2011		Data de Autorização: 11/02/2011		Status: AUTORIZADO		Número da Guia: 8286758		Data de Validade da Guia: 11/05/2011		47557 INTERCÂMBIO	
Nome do Beneficiário: CARLOS ALBERTO CABRERA PEREZ				Data de Nascimento: 25/03/1968		Plano: POS REDE PRESTADORA		Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA		Data de Validade da Carteira: / /		Número do Cartão Nacional de Saúde: / /	
Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento: DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				Número no CRO: 23106		UF: PR		Código CBO S: / /		Código CNES: / /		025 - Faturar Empresa	
Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05731133948				Nome do Contratado Executante: DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		Número no CRO: 23106		UF: PR		Código CBO S: / /			
Nome do Profissional Executante: DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO				Número no CRO: 23106		UF: PR		Código CBO S: / /					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/02/11		Carla
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/02/11		Carla
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/02/11		Carla
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/02/11		Carla
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/02/11		Carla
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / / Douglas Ricceri Raymundo CRO/PR: 23.106	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente: / / Carla Scherer CRO/PR: 23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável): / / Carlos Alberto Cabrer	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / / CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
--	--	---	--

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

*fa e
presente*

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.

2-Nº



1-Registro ANVISA 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	4-Data de Autorização 11/01/2012	5-Situação AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8288816	7-Data Validade da Guia 11/05/2012	474432 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira 0002025311040400000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RAUL MARCELO VILLAR		14-Telefone 06/12/1993	15-Nome do titular do plano ELIZABETH APARECIDA CANDIDO			
16-Atendimento a RN N						
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			24/02/2012		Raul
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			24/02/2012		Raul
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			24/02/2012		Raul
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			24/02/2012		Raul
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			24/02/2012		Raul
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante / / Douglas Ricci Raimundo Cirurgião Dentista CRO/PR:23.106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/2012 - Raul M. Villar	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.990/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 3200090
--	---	--	---

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.



24P

1-Registro ABO 406414	2-Data de Emissão da Guia 17/02/21	3-Data de Autorização 14/02/21	4-Situação AUTORIZADO	5-Registro da Guia Principal 8305243	6-Data Validade da Guia 18/05/21	7-Valor da Guia 478724	8-Tipo de Guia INTERCÂMBIO
9-Número da Carteira 00202534715700000102		10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome EGNALDO DE SOUZA GUESSER			15-Data 16/04/1962	16-Telefone () -	17-Nome do titular do plano MARCIA GONCALVES PIRES		
18-Atendimento a RN N							
19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		20-Número no CRO 23106	21-UF PR	22-Código CBO S 025 -		23-Faturar Empresa	
24-Código no Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		25-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		26-Número no CRO 23106	27-UF PR	28-Código CNES	
29-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		30-Número no CRO 23106		31-UF PR	32-Código CBO S		
33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Quantidade	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1	008100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	34,00	0,00	24/02/21	
2	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	0,00	24/02/21	
3	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	0,00	24/02/21	
4	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	0,00	24/02/21	
5	008530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	36,00	0,00	24/02/21	
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 178,00	
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foforam realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21, Douglas Ricci Raymundo		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21, Marcia Gonçalves Pires		53-Data, local e Carimbo da Empresa CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



24º

1-Registro Apos 406414	2-Dia de Emissão da Guia 17/02/21	3-Dia de Autorização 24/02/21	4-Situação AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8305243	6-Dia Validade da Guia 18/05/21	7-Valor da Guia 476724	8-Tipo de Intercâmbio INTERCÂMBIO
9-Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 0020253471157000000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome EGNALDO DE SOUZA GUESSER		14-Telefone 16/04/1962		15-Nome do Titular do plano MARCIA GONCALVES PIRES		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S	
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados							
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor
1	00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00
2	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00
3	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00
4	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00
5	00185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
43-Data Previsto Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1178,00	
47-Valor Total R\$ 10,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ /		49-Observação			
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.							
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricci Raymundo CRO/PR 23.106		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999	

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



483943
INTERCÂMBIO

1-Registro ANVISA 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/02/21	4-Data de Autorização 21/02/21	5-Status AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8325554	7-Data Validade da Guia 21/05/21
8-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528270800039101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome THIAGO BARROSO DE ANDRADE		14-Telefone 10/03/1990	15-Nome do titular do plano THIAGO BARROSO DE ANDRADE		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-LUF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-LUF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-LUF PR	29-Código CBO S	

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /		51-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante / /		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Carimbo da Empresa / /	
		CLÍNICA ODONTOLÓGICA				SCHERER LTDA.	
		CRO/PR 23.106				CNPJ: 07.738.896/0001-50	
						CRO/PR 1206 - CNES 6803999	



1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 21/4/10 12/11/21	3-Data de Autorização 21/4/10 12/11/21	4-Situação AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8328975	6-Data Validade da Guia 21/5/10 15/11/21	7-484396 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020253487040000010102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde ____																																																																																																																																																																																																																						
13-Nome TAISIR AHMAD GHOTME 14-Data de Nascimento 27/10/1978 15-Telefone (____) _____ 16-Nome do titular do plano JANAINA PEREIRA MARCON																																																																																																																																																																																																																						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 18-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO 19-Número no CRO 23106 20-UF PR 21-Código CBO S 025 - 22-Código CNES Faturar Empresa																																																																																																																																																																																																																						
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948 24-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO 25-Número no CRO 23106 26-UF PR 27-Código CBO S																																																																																																																																																																																																																						
Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>010853000471</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASD</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>21/4/10</td> <td></td> <td>Taisir</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>010853000471</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASE</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>21/4/10</td> <td></td> <td>Taisir</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>010853000471</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAID</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>21/4/10</td> <td></td> <td>Taisir</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>010853000471</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAIE</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td>21/4/10</td> <td></td> <td>Taisir</td> </tr> <tr><td>5</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>							30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	1	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir	2	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir	3	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir	4	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir	5													6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																																																																																																																																																																																										
1	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir																																																																																																																																																																																																										
2	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir																																																																																																																																																																																																										
3	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir																																																																																																																																																																																																										
4	010853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00		21/4/10		Taisir																																																																																																																																																																																																										
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 144,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00																																																																																																																																																																																																																						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.																																																																																																																																																																																																																						
49-Observação 																																																																																																																																																																																																																						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante ____/____/____ 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raymundo CRO/PR: 23.106 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável ____/____/____ 53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.898/0001-50 CRO/PR 1203 - CNES 6820999																																																																																																																																																																																																																						

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

604
aprovado

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.

24º



1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012		4-Data de Autorização 11/01/2012		5-Sinônimo AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8286702		7-Data Validade da Guia 11/01/2012		473942 INTERCÂMBIO	
8-Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020253085390000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA				14-Telefone 30/08/1983		15-Data de Nascimento () - () - ()		16-Nome do titular do plano CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA					
17-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
18-Atendimento a RN N		19-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				20-Número no CRO 23106		21-UF PR		22-Código CBO S 025 -		23-Faturar Empresa	
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		25-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO				26-Número no CRO 23106		27-UF PR		28-Código CNES			
29-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		30-Número no CRO 23106				31-UF PR		32-Código CBO S					
33-Período de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Dente/Região	38-Face	39-Qtd	40-Quantidade US	41-Valor	42-Franquia/Co-participação R\$	43-Aut	44-Data de Realização	45-Motivo da Glosa	46-Assinatura	
1	01081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/01/2012			
2	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			11/01/2012			
3	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			11/01/2012			
4	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			11/01/2012			
5	01085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			11/01/2012			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
47-Data Previsto Término do Tratamento / /		48-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		49-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		50-Total Quantidade US 178,00		51-Valor Total R\$ 0,00		52-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.													
53-Observação													
54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /				55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2012 Dr. Douglas Ricci Raymundo Cirurgião-Dentista CRO/PR:23.106				56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2012 CLEIBSON ALMEIDA DE SOUZA				57-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 8833093	

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.



2-Nº

1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 28/10/11/21	3-Data de Autorização 28/10/11/21	4-Sentença AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8243193	6-Data Validade da Senha 28/10/14/21	7-464038 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202534945100000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome GUSTAVO HENRIQUE DIAS		14-Telefone 30/10/1991 () -	15-Nome do titular do plano MARIA KAROLINE DE MEDEIROS SOUSA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948	22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO	27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S									
Histórico de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			26/02/21		
2-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			26/02/21		
3-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			26/02/21		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 183,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / Dr. Douglas Ricceri Raymundo CRO/PR: 23.106			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /			53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 0600003			

pac. par. manado GL

C.

[illegible]



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/2012	4-Data de Autorização 12/3/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8322968	7-Data Validade da Guia 12/4/2015	8-3351 INTERCÂMBIO			
Dados do Beneficiário									
8-Número da Carteira 000202535655700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome EVERTON LOPES GARCIA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVERTON LOPES GARCIA						
16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR	29-Código CBO S				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US			
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00			
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00			
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00			
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00			
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00			
6-00									
7-00									
8-00									
9-00									
10-00									
11-00									
12-00									
13-00									
14-00									
15-00									
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00			
47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00		49-Observação					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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.									
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /							51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/2012 Dr. Douglas Ricci RAYMUNDO CRO/PR: 23106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/2012 EVERTON	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999



1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2011	4-Data de Autorização 11/01/2011	5-Sessão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8288234	7-Data Validade da Guia 11/01/2011	474292 INTERCÂMBIO
8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2011	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SANDRA BEATRIZ BENITEZ PAREDES		14-Data de Nascimento 13/03/1977		15-Telefone (11) 1111-1111	16-Nome do titular do plano SELMA APARECIDA DA SILVA	
17-Atendimento a RN N		18-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		19-Número no CRO 23106	20-UF PR	21-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		23-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		24-Número no CRO 23106	25-UF PR	26-Código CNES
27-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		28-Número no CRO 23106		29-UF PR	30-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/03/21		[Assinatura]
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/03/21		[Assinatura]
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/03/21		[Assinatura]
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	S	26/03/21		[Assinatura]
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/2011	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 144,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.898/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 683399

Dr. Douglas Ricci Raymundo
Cirurgião-Dentista
CRO/PR 23106



406414	10/10/21/21	10/10/21/21	AUTORIZADO	8286885	11/10/21/21	473973 INTERCÂMBIO
8-Número da Carteira: 0020253525920000103 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira: / / 12-Número do Cartão Nacional de Saúde:						
13-Nome: SANDRA BEATRIZ BENITEZ PAREDES 14-Telefone: () - / - 15-Nome do titular do plano: SELMA APARECIDA DA SILVA 16-Atendimento a RV: N 17-Nome do Profissional Solicitante: DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO 18-Número no CRO: 23106 19-UF: PR 20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 05731133948 22-Nome do Contratado Executante: DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO 23-Número no CRO: 23106 24-UF: PR 25-Código CNES: 26-Nome do Profissional Executante: DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO 27-Número no CRO: 23106 28-UF: PR 29-Código CBO S:						
30-Tabela: 1-0018110000065 31-Código do Procedimento: CONSULTA ODONTOLÓGICA 32-Descrição: 33-Dente/Região: 1 34-Face: 1 35-Qtd: 1 36-Quantidade US: 34,00 37-Valor: 0,00 38-Franquia/Co-participação R\$: 0,00 39-Aut: S 40-Dia de Realização: 21/02/21 41-Motivo da Glosa: 42-Resposta:						
43-Data Previsto Término do Tratamento: / / 44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US: 34,00 47-Valor Total R\$: 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$:						
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação:						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / / 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: Dr. Douglas Ricceri Raymundo, Cirurgião Dentista, CRO/PR: 23106 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/02/21 53-Data, local e Carimbo da Empresa: CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999						

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

marcar
na

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C.

24*



1-Registro 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/01/2012	3-Data de Autorização 11/01/2012	4-Status AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8288810	6-Data Validade da Guia 11/01/2012	7-474429	8-INTERCÂMBIO
9-Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JUHAINA MARCON GHOTME		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano JANAINA PEREIRA MARCON			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106		24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCIERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106		28-UF PR		29-Código CBO S	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região	
1-01085101916		RESTAURAÇÃO RESINA		55		P	
2-0108400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		16			
3-0108400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		26			
4-0108400074		APLICAÇÃO DE SELANTE DE		36			
5-							
6-							
7-							
8-							
9-							
10-							
11-							
12-							
13-							
14-							
15-							
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US	
11/01/12		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		208100	
47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		49-Observação			
0000		0000					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
11/01/12		11/01/12		11/01/12		CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.	

Dr. Douglas Ricceri Raymundo
Cirurgião Dentista
CRO/PR 23.106
Deu bon dia

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.753.896/0001-50
CRO/PR 1208 - CNES 68085

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



473981
INTERCÂMBIO

1-Registro NIS 406414	2-Data de emissão da Guia 11/01/2012	3-Data de Autorização 11/01/2012	4-Situação AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8286923	6-Data Validade da Guia 11/05/2012
8-Número da Carteira 010202535259201010101014		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BIANCA NATHALY DA SILVA		14-Telefone 22/12/2009	15-Nome do titular do plano SELMA APARECIDA DA SILVA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Autorização
1	010181010001615	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	0,00			25/02/2012		
2	010184010001910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00			25/02/2012		
3	01018101000114	CONDICIONAMENTO EM			1	7,00	0,00			25/02/2012		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,30	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

Assinatura

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Douglas Ricceri Raymundo CRO/PR 23106	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/02/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-5 CRO/PR 1206 - CNES 6808
--	---	---	---



406414	25/10/2021	25/10/2021	AUTORIZADO	8333360	26/10/2021	485414 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário			9-Plano		11-Data Validade da Carteira	
8-Número da Carteira 100202534742500000101			POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome EDILSON DA SILVA			14-Telefone 17/12/1988		15-Nome do titular do plano EDILSON DA SILVA	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948			22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO		23-Número no CRO 23106	
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCI RAYMUNDO			27-Número no CRO 23106		28-UF PR	
29-Código CBO S			30-UF PR		31-Código CBO S	
32-UF PR			33-Código CBO S		34-UF PR	
35-Código CBO S			36-UF PR		37-Código CBO S	
38-UF PR			39-Código CBO S		40-UF PR	
41-Código CBO S			42-UF PR		43-Código CBO S	
44-UF PR			45-Código CBO S		46-UF PR	
47-Código CBO S			48-UF PR		49-Código CBO S	
50-UF PR			51-Código CBO S		52-UF PR	
53-Código CBO S			54-UF PR		55-Código CBO S	
56-UF PR			57-Código CBO S		58-UF PR	
59-Código CBO S			60-UF PR		61-Código CBO S	
62-UF PR			63-Código CBO S		64-UF PR	
65-Código CBO S			66-UF PR		67-Código CBO S	
68-UF PR			69-Código CBO S		70-UF PR	
71-Código CBO S			72-UF PR		73-Código CBO S	
74-UF PR			75-Código CBO S		76-UF PR	
77-Código CBO S			78-UF PR		79-Código CBO S	
80-UF PR			81-Código CBO S		82-UF PR	
83-Código CBO S			84-UF PR		85-Código CBO S	
86-UF PR			87-Código CBO S		88-UF PR	
89-Código CBO S			90-UF PR		91-Código CBO S	
92-UF PR			93-Código CBO S		94-UF PR	
95-Código CBO S			96-UF PR		97-Código CBO S	
98-UF PR			99-Código CBO S		100-UF PR	
101-Código CBO S			102-UF PR		103-Código CBO S	
104-UF PR			105-Código CBO S		106-UF PR	
107-Código CBO S			108-UF PR		109-Código CBO S	
110-UF PR			111-Código CBO S		112-UF PR	
113-Código CBO S			114-UF PR		115-Código CBO S	
116-UF PR			117-Código CBO S		118-UF PR	
119-Código CBO S			120-UF PR		121-Código CBO S	
122-UF PR			123-Código CBO S		124-UF PR	
125-Código CBO S			126-UF PR		127-Código CBO S	
128-UF PR			129-Código CBO S		130-UF PR	
131-Código CBO S			132-UF PR		133-Código CBO S	
134-UF PR			135-Código CBO S		136-UF PR	
137-Código CBO S			138-UF PR		139-Código CBO S	
140-UF PR			141-Código CBO S		142-UF PR	
143-Código CBO S			144-UF PR		145-Código CBO S	
146-UF PR			147-Código CBO S		148-UF PR	
149-Código CBO S			150-UF PR		151-Código CBO S	
152-UF PR			153-Código CBO S		154-UF PR	
155-Código CBO S			156-UF PR		157-Código CBO S	
158-UF PR			159-Código CBO S		160-UF PR	
161-Código CBO S			162-UF PR		163-Código CBO S	
164-UF PR			165-Código CBO S		166-UF PR	
167-Código CBO S			168-UF PR		169-Código CBO S	
170-UF PR			171-Código CBO S		172-UF PR	
173-Código CBO S			174-UF PR		175-Código CBO S	
176-UF PR			177-Código CBO S		178-UF PR	
179-Código CBO S			180-UF PR		181-Código CBO S	
182-UF PR			183-Código CBO S		184-UF PR	
185-Código CBO S			186-UF PR		187-Código CBO S	
188-UF PR			189-Código CBO S		190-UF PR	
191-Código CBO S			192-UF PR		193-Código CBO S	
194-UF PR			195-Código CBO S		196-UF PR	
197-Código CBO S			198-UF PR		199-Código CBO S	
200-UF PR			201-Código CBO S		202-UF PR	
203-Código CBO S			204-UF PR		205-Código CBO S	
206-UF PR			207-Código CBO S		208-UF PR	
209-Código CBO S			210-UF PR		211-Código CBO S	
212-UF PR			213-Código CBO S		214-UF PR	
215-Código CBO S			216-UF PR		217-Código CBO S	
218-UF PR			219-Código CBO S		220-UF PR	
221-Código CBO S			222-UF PR		223-Código CBO S	
224-UF PR			225-Código CBO S		226-UF PR	
227-Código CBO S			228-UF PR		229-Código CBO S	
230-UF PR			231-Código CBO S		232-UF PR	
233-Código CBO S			234-UF PR		235-Código CBO S	
236-UF PR			237-Código CBO S		238-UF PR	
239-Código CBO S			240-UF PR		241-Código CBO S	
242-UF PR			243-Código CBO S		244-UF PR	
245-Código CBO S			246-UF PR		247-Código CBO S	
248-UF PR			249-Código CBO S		250-UF PR	
251-Código CBO S			252-UF PR		253-Código CBO S	
254-UF PR			255-Código CBO S		256-UF PR	
257-Código CBO S			258-UF PR		259-Código CBO S	
260-UF PR			261-Código CBO S		262-UF PR	
263-Código CBO S			264-UF PR		265-Código CBO S	
266-UF PR			267-Código CBO S		268-UF PR	
269-Código CBO S			270-UF PR		271-Código CBO S	
272-UF PR			273-Código CBO S		274-UF PR	
275-Código CBO S			276-UF PR		277-Código CBO S	
278-UF PR			279-Código CBO S		280-UF PR	
281-Código CBO S			282-UF PR		283-Código CBO S	
284-UF PR			285-Código CBO S		286-UF PR	
287-Código CBO S			288-UF PR		289-Código CBO S	
290-UF PR			291-Código CBO S		292-UF PR	
293-Código CBO S			294-UF PR		295-Código CBO S	
296-UF PR			297-Código CBO S		298-UF PR	
299-Código CBO S			300-UF PR		301-Código CBO S	
302-UF PR			303-Código CBO S		304-UF PR	
305-Código CBO S			306-UF PR		307-Código CBO S	
308-UF PR			309-Código CBO S		310-UF PR	
311-Código CBO S			312-UF PR		313-Código CBO S	
314-UF PR			315-Código CBO S		316-UF PR	
317-Código CBO S			318-UF PR		319-Código CBO S	
320-UF PR			321-Código CBO S		322-UF PR	
323-Código CBO S			324-UF PR		325-Código CBO S	
326-UF PR			327-Código CBO S		328-UF PR	
329-Código CBO S			330-UF PR		331-Código CBO S	
332-UF PR			333-Código CBO S		334-UF PR	
335-Código CBO S			336-UF PR		337-Código CBO S	
338-UF PR			339-Código CBO S		340-UF PR	
341-Código CBO S			342-UF PR		343-Código CBO S	
344-UF PR			345-Código CBO S		346-UF PR	
347-Código CBO S			348-UF PR		349-Código CBO S	
350-UF PR			351-Código CBO S		352-UF PR	
353-Código CBO S			354-UF PR		355-Código CBO S	
356-UF PR			357-Código CBO S		358-UF PR	
359-Código CBO S			360-UF PR		361-Código CBO S	
362-UF PR			363-Código CBO S		364-UF PR	
365-Código CBO S			366-UF PR		367-Código CBO S	
368-UF PR			369-Código CBO S		370-UF PR	
371-Código CBO S			372-UF PR		373-Código CBO S	
374-UF PR			375-Código CBO S		376-UF PR	
377-Código CBO S			378-UF PR		379-Código CBO S	
380-UF PR			381-Código CBO S		382-UF PR	
383-Código CBO S			384-UF PR		385-Código CBO S	
386-UF PR			387-Código CBO S		388-UF PR	
389-Código CBO S			390-UF PR		391-Código CBO S	
392-UF PR			393-Código CBO S		394-UF PR	
395-Código CBO S			396-UF PR		397-Código CBO S	
398-UF PR			399-Código CBO S		400-UF PR	
401-Código CBO S			402-UF PR		403-Código CBO S	
404-UF PR			405-Código CBO S		406-UF PR	
407-Código CBO S			408-UF PR		409-Código CBO S	
410-UF PR			411-Código CBO S		412-UF PR	
413-Código CBO S			414-UF PR		415-Código CBO S	
416-UF PR			417-Código CBO S		418-UF PR	
419-Código CBO S			420-UF PR		421-Código CBO S	
422-UF PR			423-Código CBO S		424-UF PR	
425-Código CBO S			426-UF PR		427-Código CBO S	
428-UF PR			429-Código CBO S		430-UF PR	
431-Código CBO S			432-UF PR		433-Código CBO S	
434-UF PR			435-Código CBO S		436-UF PR	
437-Código CBO S			438-UF PR		439-Código CBO S	
440-UF PR			441-Código CBO S		442-UF PR	
443-Código CBO S			444-UF PR		445-Código CBO S	
446-UF PR			447-Código CBO S		448-UF PR	
449-Código CBO S			450-UF PR		451-Código CBO S	
452-UF PR			453-Código CBO S		454-UF PR	
455-Código CBO S			456-UF PR		457-Código CBO S	
458-UF PR			459-Código CBO S		460-UF PR	
461-Código CBO S			462-UF PR		463-Código CBO S	
464-UF PR			465-Código CBO S		466-UF PR	
467-Código CBO S			468-UF PR		469-Código CBO S	
470-UF PR			471-Código CBO S		472-UF PR	
473-Código CBO S			474-UF PR		475-Código CBO S	
476-UF PR			477-Código CBO S		478-UF PR	
479-Código CBO S			480-UF PR		481-Código CBO S	
482-UF PR			483-Código CBO S		484-UF PR	
485-Código CBO S			486-UF PR		487-Código CBO S	
488-UF PR			489-Código CBO S		490-UF PR	
491-Código CBO S			492-UF PR		493-Código CBO S	
494-UF PR			495-Código CBO S		496-UF PR	
497-Código CBO S			498-UF PR		499-Código CBO S	
500-UF PR			501-Código CBO S		502-UF PR	
503-Código CBO S			504-UF PR		505-Código CBO S	
506-UF PR			507-Código CBO S		508-UF PR	
509-Código CBO S			510-UF PR		511-Código CBO S	
512-UF PR			513-Código CBO S		514-UF PR	
515-Código CBO S			516-UF PR		517-Código CBO S	
518-UF PR			519-Código CBO S		520-UF PR	
521-Código CBO S			522-UF PR		523-Código CBO S	
524-UF PR			525-Código CBO S		526-UF PR	
527-Código CBO S			528-UF PR		529-Código CBO S	
530-UF PR			531-Código CBO S		532-UF PR	
533-Código CBO S			534-UF PR		535-Código CBO S	
536-UF PR			537-Código CBO S		538-UF PR	
539-Código CBO S			540-UF PR		541-Código CBO S	
542-UF PR			543-Código CBO S		544-UF PR	
545-Código CBO S			546-UF PR		547-Código CBO S	
548-UF PR			549-Código CBO S		550-UF PR	
551-Código CBO S			552-UF PR		553-Código CBO S	
554-UF PR			555-Código CBO S		556-UF PR	
557-Código CBO S			558-UF PR		559-Código CBO S	
560-UF PR			561-Código CBO S		562-UF PR	
563-Código CBO S			564-UF PR		565-Código CBO S	
566-UF PR			567-Código CBO S		568-UF PR	
569-Código CBO S			570-UF PR		571-Código CBO S	
572-UF PR			573-Código CBO S		574-UF PR	
575-Código CBO S			576-UF PR		577-Código CBO S	
578-UF PR			579-Código CBO S		580-UF PR	
581-Código CBO S			582-UF PR		583-Código CBO S	
584-UF PR			585-Código CBO S		586-UF PR	
587-Código CBO S			588-UF PR		589-Código CBO S	
590-UF PR			591-Código CBO S		592-UF PR	
593-Código CBO S			594-UF PR		595-Código CBO S	
596-UF PR			597-Código CBO S		598-UF PR	
599-Código CBO S			600-UF PR		601-Código CBO S	
602-UF PR			603-Código CBO S		604-UF PR	
605-Código CBO S			606-UF PR		607-Código CBO S	
608-UF PR			609-Código CBO S		610-UF PR	
611-Código CBO S			612-UF PR		613-Código CBO S	
614-UF PR			615-Código CBO S		616-UF PR	
617-Código CBO S			618-UF PR		619-Código CBO S	
620-UF PR			621-Código CBO S		622-UF PR	
623-Código CBO S			624-UF PR		625-Código CBO S	
626-UF PR			627-Código CBO S		628-UF PR	
629-Código CBO S			630-UF PR		631-Código CBO S	
632						

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

C

24º



475836
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Criação da Guia 11/2012	3-CODE de Autorização 11201211	4-Sistema AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 8295085	6-Data Validade da Guia 11/2012
7-Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253081660000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LIZ LILIANA CRISTALDO VELAZQUEZ		14-Telefone 30/10/1982	15-Nome do titular do plano LIZ LILIANA CRISTALDO VELAZQUEZ		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		18-Número no CRO 23106	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05731133948		22-Nome do Contratado Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO	23-Número no CRO 23106	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DOUGLAS RICCERI RAYMUNDO		27-Número no CRO 23106	28-UF PR	29-Código CBO S	
30-Tabela					
31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00
2-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00
3-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00
4-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00
5-0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00
6-0000000000					
7-0000000000					
8-0000000000					
9-0000000000					
10-0000000000					
11-0000000000					
12-0000000000					
13-0000000000					
14-0000000000					
15-0000000000					
43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas 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					
CLÍNICA ODONTOLÓGICA					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999		