



523304
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/21	4-Data de Autorização 14/10/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8482619	7-Data Validade da Senha 13/10/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202537116200000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome GIOVANA SOUZA BIOLADA	14-Telefone 18/03/1997	15-Nome do titular do plano GIOVANA SOUZA BIOLADA
----------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ	18-Número no CRO 28805	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (I) 81000421-
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984	22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	23-Número no CRO 28805	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	27-Número no CRO 28805	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-	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	14/10/21		
2-	0081000421	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	14/10/21		
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 28,00	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 14/10/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



523176
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2014	4-Data de Autorização 14/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8482154	7-Data Validade da Senha 13/10/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202537116200000101									
13-Nome GIOVANA SOUZA BIOLADA				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano GIOVANA SOUZA BIOLADA			
				18/03/1997					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ		18-Número no CRO 28805		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984		22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		23-Número no CRO 28805		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ				27-Número no CRO 28805		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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			14/10/2014		
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 a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 14/10/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



507696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 24/03/21	4-Data de Autorização 24/03/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8419195	7-Data Validade da Senha 22/06/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202527911500008301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome HELEN ANSELMO DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano HELEN ANSELMO DOS SANTOS
-------------------------------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ	18-Número no CRO 28805	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984	22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	23-Número no CRO 28805	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		27-Número no CRO 28805	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	D	1	61,00	0,00		S	24/03/21		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	D	1	61,00	0,00		S	24/03/21		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 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 24/03/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/03/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/03/21 Helen Anselmo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--