

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: FEVEREIRO/2021

Razão Social: CLINICA ODONTOLOGICA GASPARI & BONETI S/S LTDA

CNPJ: 27385239000183 (VIVALI CENTRO ODONTOLOGICO)

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI

CRO: 26787/PR

Cirurgião Dentista: (17764) - JHONATAN GASPARI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
448066 - I	ADRIELLY CAROLINI DOS SANTOS (00202532107100000102)		06/01/2021	547	0.5	R\$ 273,50
452952 - I	ADILSON JOSE PILZ (00202531916900000102)		13/01/2021	180	0.5	R\$ 90,00
460419 - I	ADILSON JOSE PILZ (00202531916900000102)		22/01/2021	73	0.5	R\$ 36,50
465506 - I	LUCAS FERNANDO OLIVEIRA DOS SANTOS (00202508882800015401)		29/01/2021	34	0.5	R\$ 17,00
465515 - I	EDUARDA KAMILLI GIACOMELLI (00202531086300001901)		29/01/2021	61	0.5	R\$ 30,50
Totalizador						
				Nº de USOs:		895
				Nº de atendimentos:		5
				Valor:		R\$ 447,50

CRO: 26788/PR

Cirurgião Dentista: (17765) - MAYARA BONETI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
403659 - I	EDUARDA KAMILLI GIACOMELLI (00202531086300001901)		23/10/2020	122	0.4	R\$ 48,80
409423 - I	MAIARA VELOSO DOS SANTOS (00202532843900000102)		30/10/2020	174	0.4	R\$ 69,60
432123 - I	MARCELA REGINA VARELA (002025000369000003802)		01/12/2020	174	0.4	R\$ 69,60
432124 - I	BERNARDO VARELA RIBEIRO (002025000369000003803)		01/12/2020	106	0.4	R\$ 42,40
439850 - I	ADRIELI FACIN (002025262878000001102)		13/12/2020	174	0.5	R\$ 87,00
439853 - I	TEREZA TEIXEIRA (002025262878000001103)		13/12/2020	106	0.5	R\$ 53,00
447271 - I	ELAINE CRISTINA MINSKI MARCANTE (00202507647200016202)		04/01/2021	235	0.5	R\$ 117,50
447273 - I	ISIS OLIVEIRA DA SILVA (00202532107100000104)		04/01/2021	61	0.5	R\$ 30,50
447278 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		04/01/2021	61	0.5	R\$ 30,50
447650 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		05/01/2021	183	0.5	R\$ 91,50
447663 - I	ISIS OLIVEIRA DA SILVA (00202532107100000104)		05/01/2021	122	0.5	R\$ 61,00
449697 - I	JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA (002025310863000004702)		08/01/2021	122	0.5	R\$ 61,00
450787 - I	MARCELA REGINA VARELA (002025000369000003802)		11/01/2021	122	0.5	R\$ 61,00
459590 - I	VALMOR MOURA DOS SANTOS (002025279192000004701)		21/01/2021	174	0.5	R\$ 87,00
460092 - I	JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA (002025310863000004702)		22/01/2021	61	0.5	R\$ 30,50
460733 - I	JHENIFER CRISTINE DE GODOIS (002025310863000002402)		23/01/2021	122	0.5	R\$ 61,00
460768 - I	JHENIFER CRISTINE DE GODOIS (002025310863000002402)		23/01/2021	183	0.5	R\$ 91,50
462509 - I	RICARDO MENEZ CONSOLI (00202528235700000101)		26/01/2021	178	0.5	R\$ 89,00
464226 - I	MARIA DE LOURDES FAGUNDES (00202527725400000102)		28/01/2021	183	0.5	R\$ 91,50
465669 - I	LUCAS FERNANDO OLIVEIRA DOS SANTOS (00202508882800015401)		29/01/2021	361	0.6	R\$ 216,60

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/01/2021 16:24

Página 1 de 2

Totalizador	
Nº de USOs:	3024
Nº de atendimentos:	20
Valor:	R\$ 1.490,50
Totalizador da Operadora	
Nº de USOs:	3919
Nº de atendimentos:	25
Valor:	R\$ 1.938,00
Totalizador da Clínica	
Nº de USOs:	3919
Nº de atendimentos:	25
Valor:	R\$ 1.938,00

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa

Data e Hora de Emissão: 30/01/2021 16:24

Página 2 de 2

465515
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10012102531108630101019011
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	EMITELI INDUSTRIA ELETRONICAS
11-Dia Validade da Carteira	U/U/U/U/U
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EDUARDA KAMILI GIACOMELLI	() - ()	EDUARDA KAMILI GIACOMELLI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO	18-Número no CRO 267/87	19-UF PR	20-Código CBO S 02
--------------------------	--	----------------------------	-------------	-----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1071213128131219071111
22-Nome do Contratado Excelente	JHONATAN GASPARI
23-Número no CRO	26787
24-UF	PR
25-Código CNES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JHONATAN GASPARI	26787	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

[illegible]

43-Data Prevista Término do Tratamento	30/01/21
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	161,00
47-Valor Total R\$	0,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	0,00

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
30/10/21 <i>[Assinatura]</i>	30/10/21 <i>[Assinatura]</i>	30/10/21 <i>[Assinatura]</i>	30/10/21 <i>[Assinatura]</i>



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/09/10 11/21 4-Data de Autorização 12/09/10 11/21 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8249617 7-Data Validade da Semeta 12/09/10 14/12/11

8-Número da Carteira 1010121012150181812181010115141011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUCAS FERNANDO OLIVEIRA DOS SANTOS 14-T eleição () 15-Nome do titular do plano LUCAS FERNANDO OLIVEIRA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLOGICO 18-Número no CRO 26787 19-UF PR 20-Código CBO S 02 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10171213121813121910171111 22-Nome do Contratado Executante JHONATAN GASPARI 23-Número no CRO 26787 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JHONATAN GASPARI 27-Número no CRO 26787 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabala	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-01018110101016151		CONSULTA ODONTOLÓGICA		11		13141010	101010	1513010121	7400			
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 13141010 47-Valor Total R\$ 101010 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 30/09/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/11 53-Data, local e Cópia da Empresa 30/09/11



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ººº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 13/01/2011	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8221946	7-Data Validade da Santa 12/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012102151217191191210101014171011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa J MALUCELLI AGRO MAQUINAS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome VALMOR MOURA DOS SANTOS	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano VALMOR MOURA DOS SANTOS
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Plano de Saúde N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S
------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416121019181011	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
---	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fregião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10	01811010101615	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	13,41,010	10,1010		S	30/01/21		Valmor
2-10	018140101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	13,51,010	10,1010		S	30/01/21		Valmor
3-10	018140101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	13,51,010	10,1010		S	30/01/21		Valmor
4-10	018140101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	13,51,010	10,1010		S	30/01/21		Valmor
5-10	018140101011918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	13,51,010	10,1010		S	30/01/21		Valmor
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prevista Fim do Tratamento 12/11/21	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,1010	47-Valor Total R\$ 1174,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1174,1010
--	--	---	-------------------------------------	---------------------------------	--

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 30/01/21 Valmor	51-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista 30/01/21 Valmor	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/01/21 Valmor	53-Data, local e Cartão da Empresa 30/01/21
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83

2-NF



465669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCAMBIO

465669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

465669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

4656669
 INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO

4656669

INTERCÂMBIO

Idade _____

4656669
INTERCÂMBIO

4656669
INTERCÂMBIO
 Identificação

4656669

INTERCÂMBIO

idade _____

4656669

INTERCÂMBIO

Página _____ de _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



439850
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/11 12/12/10	4-Data de Autorização 12/1/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8140777	7-Data Validade da Senha 11/3/10 3/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010121012151216121817181010101011110121	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa R S SISTEMAS E INFORMATICA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADRIELI FACIN					
14-7 telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano DOUGLAS PEREIRA TEIXEIRA					
16-Atendimento a RN MAYARA BONETTI					
17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI					
18-Número no CRO 26788					
19-UF PR					
20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121114161210191810111					
22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI					
23-Número no CRO 26788					
24-UF PR					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI					
27-Número no CRO 26788					
28-UF PR					
29-Código CBO S					

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101018110101010161511	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HAIE	11	11	13	4,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	12/1/11	20	✓
2-1010101814010101191811	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	11	13	5,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	12/1/11	20	✓
3-1010101814010101191811	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	11	13	5,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	12/1/11	20	✓
4-1010101814010101191811	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	11	11	13	5,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	12/1/11	20	✓
5-1010101814010101191811	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	11	11	13	5,10,10	10,10,10	10,10,10	10,10,10	12/1/11	20	✓
6-111111111111111111111111												
7-111111111111111111111111												
8-111111111111111111111111												
9-111111111111111111111111												
10-111111111111111111111111												
11-111111111111111111111111												
12-111111111111111111111111												
13-111111111111111111111111												
14-111111111111111111111111												
15-111111111111111111111111												

43-Data Prevista Término do Tratamento 12/1/11 12/12/10	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 11714,10101	47-Valor Total R\$ 10,10101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 111111111111111111111111
--	---	--	---------------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores 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 12/1/11 12/12/10 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/1/11 12/12/10 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/1/11 12/12/10 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/1/11 12/12/10 [Assinatura]
--	--	--	--

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83



439853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/112/1210	4-Data de Autorização 12/1/112/1210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8140787	7-Data Validade da Senha 11/3/103/1211
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101021021512162181718101010101111013	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa R S SISTEMAS E INFORMATICA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome TEREZA TEIXEIRA	14-7 telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS PEREIRA TEIXEIRA
----------------------------	--------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110211462019181011	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101811010101016151		CONSULTA ODONTOLÓGICA			11	134,1010	10,1010			12/11/2011		
2-101018401010101019101		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			11	172,1010	10,1010			12/11/2011		
3-111111111111111111111111												
4-111111111111111111111111												
5-111111111111111111111111												
6-111111111111111111111111												
7-111111111111111111111111												
8-111111111111111111111111												
9-111111111111111111111111												
10-111111111111111111111111												
11-111111111111111111111111												
12-111111111111111111111111												
13-111111111111111111111111												
14-111111111111111111111111												
15-111111111111111111111111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11106,1010	47-Valor Total R\$ 11106,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11106,1010
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 12/11/2011 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2011 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011 [Assinatura]	53-Data, local e Carteira da Empresa 12/11/2011 [Assinatura]
--	--	--	---



GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^oº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01/21	4-Data de Autorização 12/01/01/21	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8235047	7-Data Validade da Santa 12/01/01/21
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121512181213151710101010101011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome RICARDO MENEZ CONSOLI	30/04/1979	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano RICARDO MENEZ CONSOLI
----------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adesamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211461210191810111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S
-------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	---	--	---------------------------	-------------	----------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Fragio	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	10101811010101301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,10		0,10	01/01/21		<i>[assinatura]</i>
2	101018153010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,6	10,10		0,10	01/01/21		<i>[assinatura]</i>
3	101018153010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,6	10,10		0,10	01/01/21		<i>[assinatura]</i>
4	101018153010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,6	10,10		0,10	01/01/21		<i>[assinatura]</i>
5	101018153010101471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,6	10,10		0,10	01/01/21		<i>[assinatura]</i>
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/01/21	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 1178,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Coparticipação R\$ 11,11
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional 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) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 12/01/01/21 <i>[assinatura]</i>	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/01/21 <i>[assinatura]</i>	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/01/21 <i>[assinatura]</i>	53-Data local e Carimbo da Empresa 12/01/01/21 <i>[assinatura]</i>
---	---	---	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/3//011//211	4-Data de Autorização 11/4//011//211	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8191917	7-Data Validade da Senha 11/3//014//211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

452952
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	0 0 2 0 2 5 3 1 9 1 6 9 0 0 0 0 1 0 2
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	ADILSON JOSE PILZ
14-Teléfono	() -
15-Nome do titular do plano	CAROLINA SCHINOBI ROSA
16-Data de Emissão	16/04/1990

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO
--------------------------	---

18-Número no CRO 26787	19-UF PR	20-Código CBO S 02
---------------------------	-------------	-----------------------

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1071231283129107
22-Nome do Contratado Esqueleto	JHONATAN GASPARI
23-Número no CRO	26787
24-UF	PR
25-Código CINES	

26-Nome do Profissional Excadante	27-Número no CRO	28-Uf	29-Código CBO S
JHONATAN GASPARI	26787	PR	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frância/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-000	810000165	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	10,00		S	14/04/21		[Assinatura]
2-000	8200008159	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	10,00		S	14/04/21		[Assinatura]
3-000	820000816	EXODONTIA A RETALHO	45		1	73,00	10,00		S	14/04/21		[Assinatura]
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Frância / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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 pagar em meu nome e por minha conta, 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	14/05/2024	<i>[Assinatura]</i>
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	14/05/2024	<i>[Assinatura]</i>
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	14/05/2024	<i>[Assinatura]</i>
53-Data, local e Endereço da Empresa	14/05/2024	<i>[Assinatura]</i>

2-N⁺460419
INTERCÂMBIO

úde

100

41- Motivo da Glosa 42-Ass

21

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

—

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

que assina esse documento,

Brooks

PARI & BONETTI S/S L



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/31/10/12/10	4-Data de Autorização 12/01/01/12/11	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7990826	7-Data Validade da Santa 12/11/01/12/11	403659 INTERCAMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

8-Número da Carteira 101012102151311081613101010101191011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMITEL INDUSTRIA ELETRONICAS S	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome EDUARDA KAMILLI GIACOMELLI	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDUARDA KAMILLI GIACOMELLI
---------------------------------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CBO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121141612109181011	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CBO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CBO 26788	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
1-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	16,110,10	10,1010			20/01/11		
2-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	16,110,10	10,1010			20/01/11		
3-11111111111111111111												
4-11111111111111111111												
5-11111111111111111111												
6-11111111111111111111												
7-11111111111111111111												
8-11111111111111111111												
9-11111111111111111111												
10-11111111111111111111												
11-11111111111111111111												
12-11111111111111111111												
13-11111111111111111111												
14-11111111111111111111												
15-11111111111111111111												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/01/11/11	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 112121010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
---	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores 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 20/01/11/11 Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/01/11/11 Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/01/11/11 Eduarda	53-Data, local e Cópia da Empresa 20/01/11/11 Pds Brone
---	---	--	--

GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83

2-NF

025 - Faturar Empresa

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

[illegible]

Robt Biondologia
CLINICA ODONTOLÓGICA LIPARI
GIASPARI & BONETTI 83
CNPJ 27.386.239/0001-83



Interfaccional para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/1011/211	4-Data de Autorização 12/12/1011/211	5-Santa AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8177448	7-Data Validade da Santa 10/14/1014/1211
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	---

442723
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101012102151312110171101010101011014	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISIS OLIVEIRA DA SILVA	07/04/2007	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA	

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416121091810111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	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
1-010	851101011916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	161,1010	10,1010		SI	22/10/11	24	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto o fim do Tratamento 22/10/11	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Fracionado	46-Total Quantidade US 161,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11
--	---	---	------------------------------------	-------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(s) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores 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 12/12/11/211	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/11/211	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11/211	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/11/211
---	---	---	---

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406044	3-Data de Emissão da Guia 12/13/10 11/21	4-Data de Autorização 12/13/10 11/21	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8227518	7-Data Validade da Semeta 12/13/10 14/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	---------------------------------------	--

460768
INTERCÂMBIO

8-Número da Central 1010121021513110181613101010121410121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMITELI INDUSTRIA ELETRONICAS S	11-Data Validade da Central / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

13-Nome JHENIFER CRISTINE DE GODOIS	14-T-telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano INDIANARA CRISTINA RONDA
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416120191810111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	19-UF PR
23-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	24-UF PR	20-Código CBO S 025-
	27-Número no CRO 26788	21-UF PR
	28-Código CBO S	22-UF PR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cuid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	161,1010	10,1010			23/04/11		
2-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	34	0	1	161,1010	10,1010			23/04/11		
3-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	161,1010	10,1010			23/04/11		
4-101018511010119161												
5-101018511010119161												
6-101018511010119161												
7-101018511010119161												
8-101018511010119161												
9-101018511010119161												
10-101018511010119161												
11-101018511010119161												
12-101018511010119161												
13-101018511010119161												
14-101018511010119161												
15-101018511010119161												

43-Data Pagamento 23/04/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 118,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	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 realizados) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/04/11 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/04/11 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/04/11 [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura do Responsável 23/04/11 [Assinatura]
--	--	--	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/2011	4-Data de Autorização 10/06/2011	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8171445	7-Data validade da Semha 10/04/2011
-----------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------	------------------------------------	-------------------------------------

447271
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 101012101215101761417210101161210121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOC FUNC FEDERACAO AGRIC	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELAINE CRISTINA MINSKI MARCANTE	19/11/1983	14-Teléfono () 121101610141011	15-Nome do titular do plano EDUARDO ANTONIO MARCANTE	

16-Adesão ao Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI		18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11012114621019181011		22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI		23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI		27-Número no CRO 26788		28-UF PR	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	1000181010001301	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,10	10,10			06/02/21		
2	1000184010001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,10	10,10			06/01/21		
3	1000184010001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,10	10,10			06/01/21		
4	1000184010001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,10	10,10			06/01/21		
5	1000184010001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,10	10,10			06/01/21		
6	1000185110001916	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	16,10	10,10			06/01/21		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 06/01/21	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 1235,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	--------------------------------	--------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/01/21 [assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/01/21 [assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/01/21 [assinatura]	53-Data, local e Endereço da Empresa 06/01/21 [assinatura]
---	---	---	--

GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CNPJ 27.385.239/0001-83

2-NF



49-03887 Maple

CLINICA ODONTOLÓGICA
GASPARI & BONETTI S/LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83

2-N



Piano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

43-Data Previsão Término do Tratamento

49-Observação

10/12/2015
 10/12/2015
 Dr. FRANCESCO CLINICA ODONTOLÓGICA
 CASPARI & BONETTI S/S LTD.
 CNPJ 27.385.239/0001-83



1-Registro AINS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 10/04/2014 3-Dados de Autorização 12/02/2014 4-Sentença AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8171456 6-Data Validade da Sentença 10/04/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100210215321107110000011011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Contrato Nacional de Saúde

13-Nome ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA 14-Telefone 15/02/1987 16-Nome do titular do plano ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N 17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI 18-Número no CRO 26788 19-UF PR 20-Código CBO S 025- Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1102114620191801 22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI 23-Número no CRO 26788 24-UF PR 25-Código CNES 26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI 27-Número no CRO 26788 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	185110101916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	161,00	10,00			12/02/2014		Andressa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão Termino do Tratamento 12/02/2014 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Codontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

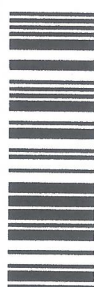
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato.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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/02/2014 Mayara Bonetti 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/2014 Mayara Bonetti 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2014 Andressa 53-Data, local e Campo da Empresa 12/02/2014 Vets Bononi

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/05/2014	4-Data de Autorização 12/12/2014	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8172498	7-Data Validade da Semeta 10/05/2014	447650 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010121012151312110171101010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA
--	----------------------	--

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121141612019181011	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	161,1010	10,1010			22/01/2014		Andressa
2-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	161,1010	10,1010			22/01/2014		Andressa
3-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	161,1010	10,1010			22/01/2014		Andressa
4-101018511010119161												
5-101018511010119161												
6-101018511010119161												
7-101018511010119161												
8-101018511010119161												
9-101018511010119161												
10-101018511010119161												
11-101018511010119161												
12-101018511010119161												
13-101018511010119161												
14-101018511010119161												
15-101018511010119161												

43-Data Prescrição / Término do Tratamento 12/12/2014	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 11813,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
--	---	--	--------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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 22/12/2014 Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / Responsável 22/12/2014 Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/2014 Andressa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 22/12/2014
--	--	--	--

2-N⁵

449697
INTERCÂMBIO

12-Número do Cadastro Nacional de Saúde

025 - Faturar EmpresaA2-Asymmetrie

the social and economic conditions, as well as the

Koto Brons.

GENICA ODONTOLOGICA
GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 11/21	4-Data de Autorização 12/12/10 11/21	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8224499	7-Data Validade da Sentença 12/12/10 14/12/11
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	--

460092
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 010121012153110816301010101471012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMITELI INDUSTRIA ELETRONICAS	11-Data Validade da Carteira 12/12/10 11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	---	--	---------------------------------------

13-Nome JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano LUCIANA DE LURDES ALVES DA SILVA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121141612101918101111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cid	36-Cuidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-0101	8511010119161	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	16110101	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010	10,1010
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/12/10 11/21	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Estado Radiológico 3-Contador 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61101010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
--	--	--	------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/10 11/21 Mayara Bonetti	51-Dado Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/10 11/21 Mayara Bonetti	52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/10 11/21 José Claudio Barbosa de Lima	53-Dado Local e Assinatura da Empresa 12/12/10 11/21 CLINICA ODONTOLÓGICA CASPARI & BONETTI S/LDA
---	---	---	--

CNPJ 27.385.239/0001-83

2-N-



409423
INTERCÂMBIO

de41 - Motivo da Glosa 42-Ass[illegible]

8	7					MA
8	7					MA

2				Mai
1				Mai

—

E	E
E.	E
E	E
E	E

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

—

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
21	22
23	24
25	26
27	28
29	30
31	32
33	34
35	36
37	38
39	40
41	42
43	44
45	46
47	48
49	50
51	52
53	54
55	56
57	58
59	60
61	62
63	64
65	66
67	68
69	70
71	72
73	74
75	76
77	78
79	80
81	82
83	84
85	86
87	88
89	90
91	92
93	94
95	96
97	98
99	100

8-Total Franquia / Co-participação

ante e arcar com os custos p
que assina esse documento

Barons

27.385.239/0001-83

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



432124
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12	4-Data de Autorização 11/8/10	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108254	7-Data validade da Semana 10/11/10
8-Número de Carteira 1001210215101003691010038103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA	11-Data validade da Carteira 11/11/11
13-Nome BERNARDO VARELA RIBEIRO			12-12/2/2008	14-T-telefone ()	15-Nome do titular do plano VAIDIR CELESTINO DA SILVA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CRO 26788	19-UF PR	20-Código CBO S	21-Data validade da Semana 10/11/10
21-Código na Operadora / CNU / CPF 1101214621098101	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CBO S	26-Data validade da Semana 10/11/10
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788	28-UF PR	29-Código CBO S	30-Data validade da Semana 10/11/10	31-Data validade da Semana 10/11/10

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1	1010181101010103101	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,1010	10,1010		18,0111	21		
2	1010181410101019101	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	1	17,1010	10,1010		18,0111	21		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Fatura e Plano de Tratamento 10/10/12	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Crodonia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11016,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
--	--	---	--------------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/11/12/12 *Prof. Bernardo Varela Ribeiro*

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/11/12/12 *Prof. Bernardo Varela Ribeiro*

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/11/12/12 *Valdir Celestino da Silva*

53-Data local e Assinatura da Empresa
10/11/12/12 *Clínica Odontológica*

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que (c/c) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (tolerância realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional 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-Dados local e Carimbo da Empresa

10/25/2019

GASPARI & BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83