

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/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
432254 - I	ALZENI DHEIN (00202531602800000101)		02/12/2020	333	0.4	R\$ 133,20
433022 - I	ADRIELLY CAROLINI DOS SANTOS (00202532107100000102)		02/12/2020	73	0.5	R\$ 36,50
433235 - I	ALZENI DHEIN (00202531602800000101)		03/12/2020	48	0.5	R\$ 24,00
436424 - I	LEANDRO CIMADON (00202531175600000101)		08/12/2020	345	0.5	R\$ 172,50
440787 - I	VANICE SCHINOBLI (00202533906400000101)		15/12/2020	34	0.5	R\$ 17,00
441061 - I	ADRIELLY CAROLINI DOS SANTOS (00202532107100000102)		15/12/2020	186	0.5	R\$ 93,00
443439 - I	VENILTON FERNANDO RO SERPA DE SOUZA (00202528843200000103)		17/12/2020	581	0.5	R\$ 290,50
444984 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		21/12/2020	333	0.4	R\$ 133,20

Totalizador						
					Nº de USOs:	1933
					Nº de atendimentos:	8
					Valor:	R\$ 899,90

CRO: 26788/PR

Cirurgião Dentista: (17765) - MAYARA BONETI

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
425493 - I	DEBORA REGINA VIEIRA (00202532423800000101)		23/11/2020	122	0.4	R\$ 48,80
426595 - I	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA (00202532107100000101)		24/11/2020	140	0.4	R\$ 56,00
427092 - I	VAIDIR CELESTINO DA SILVA (002025000369000003801)		25/11/2020	174	0.4	R\$ 69,60
427096 - I	VAIDIR CELESTINO DA SILVA (002025000369000003801)		25/11/2020	61	0.4	R\$ 24,40
432120 - I	ISIS OLIVEIRA DA SILVA (00202532107100000104)		01/12/2020	174	0.4	R\$ 69,60
432122 - I	ADRIELLY CAROLINI DOS SANTOS (00202532107100000102)		01/12/2020	174	0.4	R\$ 69,60
434896 - I	CLEDIVAN DOS SANTOS NUNES (00202531177900000101)		04/12/2020	122	0.5	R\$ 61,00
436397 - I	CAROLINE DAMBROS MARCAL (00202520648700070501)		08/12/2020	174	0.5	R\$ 87,00
441024 - I	CAROLINE DAMBROS MARCAL (00202520648700070501)		15/12/2020	61	0.5	R\$ 30,50
442358 - I	CAROLINE DAMBROS MARCAL (00202520648700070501)		16/12/2020	61	0.5	R\$ 30,50
442360 - I	GISELE OLIVEIRA DA SILVA (00202531658900000102)		16/12/2020	174	0.5	R\$ 87,00
443433 - I	ANA PAULA SCHUMANN (002025310863000004501)		17/12/2020	61	0.5	R\$ 30,50
443440 - I	JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA (002025310863000004702)		17/12/2020	122	0.5	R\$ 61,00
443443 - I	JOSE CLAUDIO BARBOSA DE LIMA (002025310863000004702)		17/12/2020	122	0.5	R\$ 61,00
445629 - I	GISELE OLIVEIRA DA SILVA (00202531658900000102)		23/12/2020	61	0.5	R\$ 30,50

Totalizador						
					Nº de USOs:	1803
					Nº de atendimentos:	15
					Valor:	R\$ 817,00

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: 04/01/2021 11:31

Página 1 de 2

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: JANEIRO/2021

Totalizador da Operadora

Nº de USOs: 3736

Nº de atendimentos: 23

Valor: R\$ 1.716,90

Totalizador da Clínica

Nº de USOs: 3736

Nº de atendimentos: 23

Valor: R\$ 1.716,90

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: 04/01/2021 11:31



2- Nº Gula no Prestador

444984

[illegible]



432254
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 12/11 2101	4-Data de Autorização 10/17/11 12/11 2101	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8108820	7-Data Validade da Semina 10/12/10 13/11 2111
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121513111610121810101010111011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome ALZENI DHEIN	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ALZENI DHEIN
-------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solitante VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO	18-Número no CRO 26787	19-U.F. PR	20-Código CBO S 02	205 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	---------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10171213121813121910171111	22-Nome do Contratado Exequente JHONATAN GASPARI	23-Número no CRO 26787	24-U.F. PR	25-Código CNIES (IF) 85200140-35
---	---	---------------------------	---------------	-------------------------------------

26-Nome do Profissional Exequente JHONATAN GASPARI	27-Número no CRO 26787	28-U.F. PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	---------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Figado	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Válor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-10101	815201011401	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	35	1	1	3133,1010	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												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data, local e Assinatura do Tratamento 01/11/12/1201	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 3133,1010	47-Valor Total R\$ 10,1010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,1010
--	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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(foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solitante 01/11/12/1201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/12/1201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/12/1201	53-Data, local e Cópia da Empresa 01/11/12/1201
--	--	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/11 12/12/10	4-Data de AutORIZAÇÃO 10/09/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8125483	7-Data Validade da Senha 10/08/11 03/12/11
-----------------------	---	---	--------------------	------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101215131117151610101010111011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

13-Nome LEANDRO CIMADON	09/02/1984	14-Telefone	15-Nome do titular do plano LEANDRO CIMADON
-------------------------	------------	-------------	---

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO	18-Número no CRO 26787	19-UF PR	20-Código CBO S 02	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1F) 85200166-41 (1) 81000421-R11
---------------------	--	------------------------	----------	--------------------	---

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-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	101010181210101811611	EXODONTIA A RETALHO	17		1	73,10,10	0,10,10			09/11/13/20		Leandro
2	10101018151210101161611	TRATAMENTO ENDODONTICO	41		1	12,15,18,10,10	10,10,10					Leandro
3	10101018111010101412111	RX PERIAPICAL	R11		1	14,10,10	10,10,10					Leandro
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Recebido Término do Tratamento 03/11/13/20	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 3145,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	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), (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 03/11/13/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/11/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/11/12/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/13/20
---	--	--	---



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/3//12/2101	4-Data de Autorização 10/7//12/2101	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8112878	7-Dia Validade da Semana 10/3//12/21
--------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	---

433235
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário	
6-Número da Carteira 00102102153116012801010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALZENI DHEIN	
14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALZENI DHEIN
21/05/1962	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VIVALI CENTRO ODONTOLOGICO	18-Número no CRO 26787	19-UF PR	20-Código CBO S 02
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10171213121813121910171111	22-Nome do Contratado Estante JHONATAN GASPARI	23-Número no CRO 26787	24-UF PR	25-Código CNIES
26-Nome do Profissional Estante JHONATAN GASPARI	27-Número no CRO 26787	28-UF PR	29-Código CBO S	

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 81000421-RPI/E

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Faces	35- 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 0 0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0 0			5 0 3 1 2 20		x
2- 0 0 0	8 1 0 0 0 4 2 1	RX PERIAPICAL	RPIE		1	1 4 0 0	0 0 0 0			5 0 3 1 2 20		x
3- 0 0 0												
4- 0 0 0												
5- 0 0 0												
6- 0 0 0												
7- 0 0 0												
8- 0 0 0												
9- 0 0 0												
10- 0 0 0												
11- 0 0 0												
12- 0 0 0												
13- 0 0 0												
14- 0 0 0												
15- 0 0 0												

43- Data Prevista Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

45- Tipo de Faturamento

46- Total Quantidade US

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

01/11/20

1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

1- Total 2- Parcela

4 8 0 0

0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contratados. 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
02/11/2011 [Assinatura]	02/11/2011 [Assinatura]	02/11/2011 [Assinatura]	02/11/2011 [Assinatura]

2-N

441061
INTERCÂMBIO441061
INTERCÂMBIO
de441061
INTERCÂMBIO
nde441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

41 - Motivo da Ciosa 42- Ass

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

41 - Motivo da Ciosa 42- Ass

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO
de

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

441061
INTERCÂMBIO

de

[illegible]

441061

INTERCÂMBIO

de

441061
INTERCÂMBIO

Idade _____

[illegible][illegible]



443439
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/12	4-Data de Autorização 11/11/12	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8155747	7-Data Validade da Santa 11/11/13
8-Número da Carteira 101020252884312010101103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome VENILTON FERNANDO RO SERPA DE SOUZA			14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANA NILCE GALDINO DE AGUIAR	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento 28/05/1992					
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	25- Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000421- (IF) 85200158-17
21-Código na Operadora CNPJ / CPF 1017121312813129107	22-Nome do Contratado Excepcional JHONATAN GASPARI	23-Número no CRO 26787	24-UF PR	25-Código CNES	26-Código CBO S
28-Nome do Profissional Excepcional JHONATAN GASPARI					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabella	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
1-0101	811010101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,14	10,10			11/11/12		
2-0101	811010104211	RX PERIAPICAL			1	14	10,10			11/11/12		
3-0101	81520101158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	17		1	13,13	10,10			11/11/12		
4-0101												
5-0101												
6-0101												
7-0101												
8-0101												
9-0101												
10-0101												
11-0101												
12-0101												
13-0101												
14-0101												
15-0101												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/12	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Circuncisão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 15181,10	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10,10
Decisão, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, 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-Observações					

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/12	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/12
---	---	---	--

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

2-N

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas aqui apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e ataca com os custos previstos no 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 ataca 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:

53-Data, local e Carimbo da Empresa

1202

8

ADONIS10581

105
Dentista Solitante
Mauricio

Dr. Giorgio Dentista

do Beneficiário / Responsável

Imbo da Empresa
21/12
Foto
CLINICA ODONTOLÓGICA
CASPARI & BONETTI

Brands

CNPJ 27.385.239/0001-83



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



425493
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/11/2101	4-Data de Autocização 10/2/11/2101	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8080621	7-Data Validade da Semeta 12/1/10/21/211
--------------------------	---	---------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10101210121513241213181010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome DEBORA REGINA VIEIRA	02/04/1986	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DEBORA REGINA VIEIRA
---------------------------------	------------	------------------------------	---

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 CRO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416120191810111	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 CRO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-CNI	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	16110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
2-101018511010119161		RESTAURAÇÃO RESINA	28	P	1	16110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101
3-101018511010119161												
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 Previsto Término do Tratamento 02/11/21/20	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 112210101	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1010101
---	---	--	-------------------------------------	-------------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/21/20 Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/21/20 Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/21/20 Debora Regina Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/21/20
---	---	---	--

2-NF

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
 INTERCÂMBIO
 Alde

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

443433 INTERCÂMBIO

Idade _____

443433
INTERCÂMBIO

443433
INTERCÂMBIO

Hidre

443433
INTERCÂMBIO

Alde

443433
INTERCÂMBIO
 Índice

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

443433

INTERCÂMBIO

Inde

41- Motivo da Glosa 40. Assinatura

[Assinatura]

42- Total Franquia / Co-participação

[Assinatura]

43- RIR & BONETI S/S LTDA

44- CNAE 85.30-00-01

45- CNPJ 27.385.239/0001-83

2-N₂49-Observação

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

2-NF



49-Observação

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

5.1- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Side Branch

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{me}



442358
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 12/12/10	4-Data de Autorização 11/17/11 12/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152170	7-Data Validade da Senha 11/06/10 13/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101012101215121016148171010101710151011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome CAROLINE DAMBROS MARCAL	21-Data de Emissão da Guia 21/08/1987	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CAROLINE DAMBROS MARCAL
------------------------------------	--	------------------------------	--

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Antecedente a RN 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 11012114612109181011	22-Nome do Contratado Estante MAYARA BONETTI	23-Número no CRO 26788	24-UF PR	25-Código CNES
---	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Estante 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-Confirmação
1-010	851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,100	0,00	0,00	5	13/12/10		
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 Previsto Término do Tratamento 11/12/11	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 61,100	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 11/12/11 de Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/11 de Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/11 de Caroline Dambrós Marcal	53-Data, local e Caimbo da Empresa 11/12/11 de Gaspari & Bonetti S/S Ltda
---	---	--	--

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o Nr

1-Registro ANS 4068414	3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/12/10	4-Data de Autorização 10/05/11 12/12/10	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8119084	7-Data Validade da Semeta 10/04/10 03/12/11
---------------------------	--	--	------------------------	---------------------------------------	--

434896
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 1010121012151311117719101010101011011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
13-Nome CLEDIVAN DOS SANTOS NUNES	09/08/1988	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano CLEDIVAN DOS SANTOS NUNES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Adiantamento a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211461210918101111	22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI
23-Nome do Profissional Executante MAYARA BONETTI	27-Número no CRO 26788
18-Número no CRO 26788	19-UF PR
23-Número no CRO 26788	24-UF PR
25-Código CNES	26-Código CBO S
025 - Faturar Empresa	

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
1-10101	81511011961	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	161,10101	10,10101	05/11/2010	40-Data de Realização
2-10101	81511011961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	P	1	161,10101	10,10101	05/11/2010	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
3-10101									
4-10101									
5-10101									
6-10101									
7-10101									
8-10101									
9-10101									
10-10101									
11-10101									
12-10101									
13-10101									
14-10101									
15-10101									

43-Data Realizado, Tempo do Tratamento 05/11/2010	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 1121210101	47-Valor Total R\$ 10,10101	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) 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 05/11/2010 Mayara Bonetti	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2010 Mayara Bonetti	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2010 Cledivan	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/11/2010
--	--	--	---

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{ME}



442360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 12/12/10		4-Data de Autorização 12/12/11 12/12/10		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8152174		7-Data Validade da Santa 11/06/10 13/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 101012101215131165181910101010101110121				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa DOUGLAS SAULO DA SILVA SILVA			
13-Nome GISELE OLIVEIRA DA SILVA				18/02/1975				14-Telefone () - - - - -			
Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI		18-Número no CRO 26788		19-UF PR		20-Código CBO S		25 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101211416121019181011				22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI				23-Número no CRO 26788		24-UF PR	
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/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-	1010181100101016151	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	13,410101	101,0101			12/11/2011		[assinatura]
2-	10101844001010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	13,510101	101,0101			12/11/2011		[assinatura]
3-	10101844001010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	13,510101	101,0101			12/11/2011		[assinatura]
4-	10101844001010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	13,510101	101,0101			12/11/2011		[assinatura]
5-	10101844001010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	13,510101	101,0101			12/11/2011		[assinatura]
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/2011		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 1174,10101		47-Valor Total R\$ 10,10101		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 a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/11 12/12/10 <i>[assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/11 12/12/10 <i>[assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/11 12/12/10 <i>[assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/11 12/12/10 <i>[assinatura]</i>
--	--	--	--

2-N⁺432120
INTERCÂMBIO

no

2	5	3	2	1	0
---	---	---	---	---	---

PIRA DA SILVA

do Responsável pelo Tratamen

17-Nome do Profissional
MAYARA B

adadora / CNPJ / CPF
146210918

ONETTI

o / Procedimientos SolicitadosCódigo do Procedimento[illegible]

4	0	0	0	1	9
4	0	0	0	1	9

14	0	0	0	1	9
----	---	---	---	---	---

141010119

1111

— 10 —

1000

Termo de Tratamento

os ter sido devidamente e
o, ainda que o(s) proced

tamento realizado, comp

13/11/2013

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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

U



427096
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 11/12/10 4-Data de AutORIZAÇÃO 10/3/11 12/12/10 5-Senha AUTORIZADO 8086966 6-Número da Guia Principal 8086966 7-Data Validade da Senha 12/3/11 01/12/11

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 10020121500103691001038011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VAIDIR CELESTINO DA SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano VAIDIR CELESTINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 07/05/1976

16-Aliamento a RN 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 110211462091810 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	010	815101196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	161,1010	10,1010		10/3/11	20	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

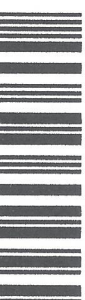
43-Data Realizado Termino do Tratamento 03/11/11 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,1010 47-Valor Total R\$ 10,1010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/11

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



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 12/10 4-Data de Autorização 10/3/11 12/12/10 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8086933 7-Data Validade da Santa 12/3/10 12/12/11

427092
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 101012012510013169101013181011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome VALDIR CELESTINO DA SILVA 07/05/1976 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano VALDIR CELESTINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110121146210198011 22-Nome do Contratado Executante MAYARA BONETTI 23-Número no CRO 26788 24-UF PR 25-Código CNES 26-UF PR 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
1-0101811000001301		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,14,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
2-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
3-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
4-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
5-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
6-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
7-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
8-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
9-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
10-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
11-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
12-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
13-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
14-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
15-101018140000119181		PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,15,10,10		10,10,10		03/11/21	20	
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/11/21	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 1174,10,10	47-Valor Total R\$ 10,10,10	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 Contratado, Dentista Solicitante 03/11/21 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/21 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Bancário / Responsável 03/11/21 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/21 [Assinatura]

CINQUE ODONTOLÓGICA
GRUPPO E BONETTI S/S LTDA
CNPJ 27.385.239/0001-83

2-N₂

426595
INTERCÂMBIO

11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
15-Nome do titular do plano	
ANDRESSA FABIANE DE FRANÇA OLIVEIRA	

025 - Estimar Embrasa

[illegible]

...empir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

12/24/11 12:10:00

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/1/12/210	4-Data de Autorização 12/3/12/210	5-Semina AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8108250	7-Dia Validade da Semina 01/10/31/211
--------------------------	--	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

432122
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão
10 0 2 0 2 5 3 2 1 0 7 1 0 0 0 0 0 1 0 2	DENTAL UNI COOPERATIVA	11/11/11	
9-Plano	9-Plano		
POS REDE PRESTADORA			

13-Nome	12/09/2001	14- eleitor	15- Partido ou outras siglas
ADRIELL Y CAROLINI DOS SANTOS		() . ()	ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BONETTI	18-Número no CFO 26788	19-UF PR	20-Código CAGEO	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1101211461210918101111
22-Nome do Contratado Evidenciante	MAYARA BONETTI
23-Número no CRO	26788
24-UF	PR
25-Código CNIES	

29-Nome do Profissional Exercente	27-Matricula no CRU	27-Código CBO 9
MAYARA BONETI	26788	PR

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquiado-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
------------	----------------------------	---------------	------------------	----------	---------	-------------------	-----------	---------------------------------	---------	------------------------	---------------------	----------------

[illegible]

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/13/2020	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Occlusão 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,10	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00
--	---	--	-----------------------------------	-----------------------------	---

referentes ao tratamento realizado, comprometo-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 Caminho da Empresa
12/3/11 12/11/2011 <i>Roberto Gomes</i>	12/3/11 12/11/2011 <i>Roberto Gomes</i>	12/3/11 12/11/2011 <i>Roberto Gomes</i>	12/3/11 12/11/2011 <i>Roberto Gomes</i>

GASPARI & BONETTI S/S LTDA

800-637-8333

2-N

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

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
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

49-Observeragång

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

of France

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

2-N^o

SILVA

0,

5

0-89670-600-0



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{ME}



432986
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 4068414	3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 12/12/10	4-Data de Autorização 10/12/11 12/12/10	5-Sanha PENDENTE DE ATO	6-Número da Guia Principal 8111917	7-Data Validade da Sanha 10/12/10 13/12/11
---------------------------	--	--	----------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010121012151312111017111010101010111011	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 ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA	15/02/1987	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANDRESSA FABIANE DE FRANCA OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Adiantamento a RN N	17-Nome do Profissional Solidário VIVALI CENTRO ODONTOLÓGICO	18-Número no CRO 26787	19-UF PR	20-Código CRO S 02	205 - Faturar Empresa
---------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cnd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	10101812101010181161	EXODONTIA A RETALHO	36	1	1	171310101	01010101			10/12/11		Andressa
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											

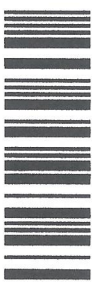
43-Data, local e Assinatura do Tratamento 10/12/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 171310101	47-Valor Total R\$ 101010101	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	-------------------------------------	---------------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário 10/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/11	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/12/11
---	---	---	--

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

2-Np

440787
INTERCÂMBIO

406

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

41- Motivo da Glosa 42-Ass

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible]

EEF.

—

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][illegible]

48-Total Franquia / Co-participação

stente e arcar com os custos |
o que assina esse document

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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

1000

Primeira
ODONTOLÓGICA

27.385.239/0001-83