



328224
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/06/20	4-Data de Autorização 13/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7654197	7-Data Validade da Senha 21/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202530555700000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ODAIR RODRIGUES GOMES DE LIMA 21/11/1996			14-Telefone () 9970-2379	15-Nome do titular do plano CEZAR MEDINA MORENO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07056143954	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/06/20		Odair
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			13/07/20		Odair
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			13/07/20		Odair
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			13/07/20		Odair
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			13/07/20		Odair
6	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MP	1	88,00	0,00			15/07/20		Odair
7	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	38	MOV	1	122,00	0,00			22/07/20		Odair
8	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			22/07/20		Odair
9	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			30/07/20		Odair
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 506,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 25533390,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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 responsável 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 13/07/20 Ana Carolina S. Bocassanta Cirurgiã-Dentista CRO-PR 26775	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/07/20 Ana Carolina S. Bocassanta Cirurgiã-Dentista CRO-PR 26775	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/07/20 Odair Rodrigues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/20 Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
---------------	---	---	---	--

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

Vila residencial C
Foz do Iguaçu PR



337029
INTERCAMBIO

registro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 09/07/20	4-Data de Autorização 21/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7695110	7-Data Validade da Senha 07/10/20
----------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

9-Plano										10-Empresa						11-Data Validade da Carteira						12-Número do Cartão Nacional de Saúde							
POS REDE PRESTADORA										FUNDACAO PARQUE						[][]/[][]/[][]													

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALLEN KRYSTIANE ALVES FERREIRA	(11) 1111-1111	ALISSON RODRIGUES ALVES

s do Contrato Responsável pelo Tratamento				
andimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -

22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA										23-Número no CRO 26775										24-UF PR										25-Código CNES 35100000										26-Enviar - RX (X) 35100000									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	(1) 85100200
IA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	26775	PR		

de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

[illegible]

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 ____1____7____6____0____0____	47-Valor Total R\$ ____2____5____5____3____3____	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ____3____9____0____0____0____0____1____9____6____
---	---	--	---	---	--

aro, que, após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em
 rato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, a prestação dos serviços, mediante a apresentação dos valores
 CÍRCULO CONTÁBIL CARLOS E BRASMAN LIMA LTDA - ME

observação

~~R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110~~

1-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/10/2012 	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/10/2012 Dra. Ana Carolina S. Baccan	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/10/2012 Helen	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/2012 
---	--	--	--

Vila residencial C

~~Foz do Iguaçu PR~~

Cirurgiã-Dentista
CRO-PR 26775

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2012 	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2012 Dra. Ana Carolina S. Bocassanta Cirurgião-Dentista CRO-PR 26775	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2012 	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2012 
---	--	--	--

Vila residencial C
Foz do Iguaçu PR

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337977
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 20/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7699065	7-Data Validade da Senha 11/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número de Carteira 00202529789200000101		13-Nome OSVALDO VICENTE PEREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano OSVALDO VICENTE PEREIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07056143954	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775	28-UF PR	29-Código CBO 8

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/10/2012		
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			20/10/2012		
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			20/10/2012		
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			20/10/2012		
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			20/10/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/10/2012 Ana Carolina S. Bocassanta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2012 Ana Carolina S. Bocassanta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2012 Osvaldo Vicente Pereira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/10/2012 Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
---------------	--	--	---	---

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

Vila residencial C
Foz do Iguaçu PR

Cirurgiã-Dentista
CRO-PR 26775



336226
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/17/20	4-Data de Autorização 16/10/17/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7691765	7-Data Validade da Senha 06/11/20
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202530658300000102		13-Nome DIRSEO ALVEZ JANDRE		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano FRANCIELI NORBERTO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07056143954	22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/10/20		Dirceu
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			16/10/20		Dirceu
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/10/20		Dirceu
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/10/20		Dirceu
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			16/10/20		Dirceu
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

CLINICA ODONTOLÓGICA ARAUJO E GRASSMANN LTDA - ME

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/10/20 Ana Carolina S. Bocassanta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/20 Ana Carolina S. Bocassanta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/20 Dirceu	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/10/20 Vila residencial C
--	--	--	--

Cirurgiã-Dentista
CRO-PR 26775

Foz do Iguaçu PR



331022
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/2012	4-Data de Autorização 09/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7668129	7-Data Validade da Senha 27/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202511783800015602		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HELLEN KRYSTIANE ALVES FERREIRA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALISSON RODRIGUES ALVES	

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 07056143954		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES (I) 81000421-	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775		28-UF PR	29-Código CBO S (I) 81000421-		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00			30/09/2012		Helena
2	0081000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			30/09/2012		Helena
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 28,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/09/2012 Ana Carolina S. Bocassanta Cirurgiã-Dentista CRO-PR 26775	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/09/2012 Helena Ferreira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/2012 Alisson Rodrigues Alves	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/09/2012 CLINICA ODONTOLÓGICA ARAUJO E GRASSMAN LTDA - ME R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110 Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
--	--	--	---



331042
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/06/2012	4-Data de Autorização 09/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7668282	7-Data Validade da Senha 27/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202511783800015603		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GUILHERME CAUA FERREIRA RODRIGUES		14-Telefone 04/06/2008	15-Nome do titular do plano ALISSON RODRIGUES ALVES		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07056143954		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	65	MO	1	88,00	0,00			10/07/2012		Hellen
2	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00			10/07/2012		Hellen
3	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00			10/07/2012		Hellen
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 186,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 25.533.000,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/07/2012 Ana Carolina S. Bocassanta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/07/2012 Dra. Ana Carolina S. Bocassanta Cirurgiã-Dentista CRO-PR 26775	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/07/2012 Hellen Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/07/2012 Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
--	--	---	--

CLINICA ODONTOLÓGICA ARAUJO E GRASSMANN LTDA - ME

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

1-96

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



319742
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7609488	7-Data Validade da Senha 01/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202530277700000101									
13-Nome JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES				14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano JOAO DOUGLAS MACIEL SIMOES			
				22/06/1966					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		18-Número no CRO 26775		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07056143954		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		23-Número no CRO 26775		24-UF PR		25-Código CNES (I) 85100218		26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA	
				27-Número no CRO 26775		28-UF PR		29-Código CBO S (I) 85100218			

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/10/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	I	1	61,00	0,00		S	/ /		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	/ /		
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MIV	1	122,00	0,00		S	/ /		
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	IV	1	88,00	0,00		S	/ /		
10	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MOV	1	122,00	0,00		S	03/10/2012		
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	61,00	0,00		S	09/10/2012		
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	I	1	61,00	0,00		S	09/10/2012		
13	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	09/10/2012		
14	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00		S	09/10/2012		
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 872,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente, 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 09/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2012 Ana Carolina S. Bocassanta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2012
---	--	---	---

CLINICA ODONTOLÓGICA ARAUJO E GRASSMANN LTDA - ME

R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110

Vila residencial C

Foz do Iguaçu PR

Cirurgiã-Dentista
CRO-PR 26775

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321017
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização 10/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7616318	7-Data Validade da Senha 03/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202524961200005101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL BARRETO SIQUEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SAMUEL BARRETO SIQUEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		18-Número no CRO 26775	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07056143954		22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		23-Número no CRO 26775	24-UF PR	25-Código CNES Envia - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA DA SILVA BOCASSANTA		27-Número no CRO 26775		28-UF PR	29-Código CBO 8 (I) 85100200	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S 05/06/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			S 25/06/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			S 25/06/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			S 25/06/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			S 25/06/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			S 15/06/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00			S 15/06/20		
8	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MP	1	88,00	0,00			S 01/07/20		
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DP	1	88,00	0,00			S 01/07/20		
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00			S 06/07/20		
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			S 06/07/20		
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00			S 06/07/20		
13	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			S 06/07/20		
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 716,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional(s) 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 15/06/20 Ana Carolina S. Bocassanta	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/06/20 Ana Carolina S. Bocassanta	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/06/20 Samuel Barreto Siqueira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/07/20 Vila residencial C Foz do Iguaçu PR
--	--	---	---

25.555.000/0001-96
CLINICA ODONTOLÓGICA RAUJO E GRASSMAN LTDA - ME
R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110