



356051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 13/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7783949	7-Data Validade da Senha 11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202530528300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PRICILA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PRICILA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00			13/08/20		Paula Rosa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/20	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20 Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20 Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20 Paula Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/20 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	--	---



353852
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773425	7-Data Validade da Senha 08/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253128490000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIANE DE ANDRADE GOULART		14-Telefone 06/05/1999	15-Nome do titular do plano MARIANE DE ANDRADE GOULART		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/08/20		Mg
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			10/08/20		Mg
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			10/08/20		Mg
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			10/08/20		Mg
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00			10/08/20		Mg
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00			17/08/20		Mg
7-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00			17/08/20		Mg
8-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00			24/08/20		Mg
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/10/20	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 411,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/20 Cincalhos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/10/20 Cincalhos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/10/20 Mariane Goulart	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/10/20 Cincalhos
---	---	---	---



356600
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 13/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7786546	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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	
13-Nome THAIS SALGADO DE OLIVEIRA				14-Telefone 03/07/1994 () - - - - -		15-Nome do titular do plano THAIS SALGADO DE OLIVEIRA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/08/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/08/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/08/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	13/08/20		
6-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	24/08/20		
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/08/20	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 323,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/08/20 Thais Salgado de Oliveira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/08/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--



356213
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2007	4-Data de Autorização 17/10/2007	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7784898	7-Data Validade da Senha 11/11/2010
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202524494700000902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRICELIO JOAO TONET CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATHALIA CRISTINE RIBEIRO		14-Telefone 21/10/2007	15-Nome do Titular do plano CRISTINA FERNANDES RIBEIRO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcance da RV N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			17/10/2007		Cristina
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			17/10/2007		Cristina
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			17/10/2007		Cristina
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			17/10/2007		Cristina
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/10/2007	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 271,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 13/10/2007 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2007 Cristina	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2007 Cristina	53-Data, local e Carimbo de Empresa 17/10/2007 Cricelio Joao Tonet Cia Ltda
--	--	--	--



350388
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7757655	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202526868200023202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMERSON RODRIGUES RIBEIRO DERIO			14-Telefone 22/09/1994	15-Nome do titular do plano ODAIR FERREIRA DERIO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			04/08/20		Emerson
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			04/08/20		Emerson
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			04/08/20		Emerson
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			04/08/20		Emerson
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			04/08/20		Emerson
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00			10/08/20		Emerson
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			10/08/20		Emerson
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00			20/08/20		Emerson
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			20/08/20		Emerson
10	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VOL	1	122,00	0,00			27/08/20		Emerson
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 540,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 Emerson R.R. Derio	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Emerson R.R. Derio	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20 Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	--	--



350741
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7759147	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252694360000201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SERVICO AUTONOMO MUNICIPAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAMILÉ PINHEIRO GALDINO	14-Telefone 14/06/1988	15-Nome do titular do plano CAMILÉ PINHEIRO GALDINO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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			S 04/08/20		Carile
2-	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			S 04/08/20		Carile
3-	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			S 04/08/20		Carile
4-	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			S 04/08/20		Carile
5-	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			S 04/08/20		Carile
6-	00815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			S 27/08/20		Carile
7-	00815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			S 27/08/20		Carile
8-	00815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			S 27/08/20		Carile
9-	00815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			S 27/08/20		Carile
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 418,00	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 27/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/20 Camile P. Galvão	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/20 Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/08/2012	4-Data de Autorização 28/08/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7828708	7-Data Validade da Senha 25/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202503676600149401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/08/2012		Josiele
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/08/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2012 Josiele	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2012 Cirurgião Dentista: CRO 9485
--	--	---	--



365617
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/2014	4-Data de Autorização 22/08/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7828687	7-Data Validade da Senha 25/11/2014
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202503676600149403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KAUE DOS SANTOS SANTANA ROSA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	28/08/2014		Josiele
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/08/2014	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 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/2014 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2014 Josiele	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2014 Josiele	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2014 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	---	---	---



365624
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/20	4-Data de Autorização 28/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7828722	7-Data Validade da Senha 25/11/20							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025036766001494011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	28/08/20		Josili
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	28/08/20		Josili
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 28/08/20	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 70,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Josili	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/20 Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485									



360360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803271	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202503676600149403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome KAUE DOS SANTOS SANTANA ROSA	14-Telefone (11) -	15-Nome do titular do plano JOSIEL APARECIDA DOS SANTOS
---	-----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	25 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------	-------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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	20/08/20		Josiel
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	O	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Josiel
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	64	O	1	61,00	0,00		S	20/08/20		Josiel
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/20	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 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 Josiel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/20 Horfran Comercial Eletro CRO 9485
--	--	--	--



356148
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7784540	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202503676600149401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 29/09/1989	15-Nome do titular do plano JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS
---	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			17/08/20		Josiel
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			17/08/20		Josiel
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00			17/08/20		Josiel
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00			17/08/20		Josiel
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/08/20	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 192,00	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) 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 17/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 Josiel	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/20 Ana Paula Rosa, Cirurgião Dentista, CRO 9485
--	--	--	--



358162
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2008	4-Data de Autorização 17/10/2008	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793134	7-Data Validade da Senha 15/11/2009
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202519561200000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome JIMMY CHIARELLI GOULART	14-Telefone () 8413-3267	15-Nome do Titular do plano VILMA RIBEIRO GOULART
------------------------------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alcandimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---------------------------	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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		S	17/10/2008		
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	17/10/2008		
3-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	1	1	61,00	0,00		S	17/10/2008		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/10/2008	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 167,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/10/2008 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/2008 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/2008 Jimmy Chiarelli	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/10/2008 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--



360776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/08/20	4-Data de Autorização 20/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7805102	7-Data Validade da Senha 18/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526868200000303	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE SEBOLD ADALTINO		14-Telefone () 8514-4937	15-Nome do titular do plano MARIA LOSI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		Caroline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/08/20	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 34,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/20 Caroline	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 Caroline	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/20 Ana Paula Rosa
--	--	--	--



356547
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7786292	7-Data Validade da Senha 11/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528226000001401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PATRICIA MARA MENDES WISTUBA		14-Telefone (41) 3432-1398	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano PATRICIA MARA MENDES WISTUBA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	M	1	61,00	0,00		S	17/08/20		Patricia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/08/20	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 Patricia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/20 CRO 9485



362427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/08/20	4-Data de Autorização 24/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7813846	7-Data Validade da Senha 22/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa SIND DOS EST E TRAB EM ESTIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020252731490006601		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome ELI CESAR CESARIO		14-Telefone (41) 3432-0166		15-Data Validade da Carteira / /	
13-Idade 20/06/1965		15-Nome do titular do plano ELI CESAR CESARIO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número na CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número na CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número na CRO 9485	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		S	24/08/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	24/08/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 24/08/20	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 95,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 24/08/20 Eli Cesar Cesario	53-Data, local e Assinatura da Empresa 24/08/20 Intercambio
--	--	---	--



354103
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2013	4-Data de Autorização 10/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7774442	7-Data Validade da Senha 08/11/2013
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527919100002502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MOTA PRESTACAO DE SERVICOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JHULIE VITORACIO DA COSTA		14-Telefone 13/11/2013	15-Nome do titular do plano ANA RUTE ANDRADE VITORACIO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/08/20		
2	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	61		1	73,00	0,00			10/08/20		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/20	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 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/10/2013 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/2013 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2013 Jhulie Vitoracio da Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/10/2013 Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	---	---



356044
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 13/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7783911	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530528300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRICILA DA SILVA	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano PRICILA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00			13/08/20		Paula Rosa
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/08/20	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 61,00	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, escolto 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 13/08/20 Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20 Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20 Paula Rosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/20 Paula Rosa CRO 9485
--	--	--	--



350316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7757290	7-Data Validade da Senha 01/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202526868200002305	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SUELEN DE PAULA SILVA		14-Telefone 23/10/1983 () 3432-3296	15-Nome do titular do plano AROLD VEIGA DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentia/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			03/08/20		
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			18/08/20		
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			18/08/20		
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			18/08/20		
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			18/08/20		
6-	00851000198	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00			18/08/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 18/08/20	44-Tipo de Alendimento 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 235,00	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 18/08/20 Anabela	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/20 Anabela	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/20 J.A.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/20 Anabela Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
---	---	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



342576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7720114	7-Data Validade da Senha 19/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202526868200006901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SEBASTIANA LUZIA DE LIMA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SEBASTIANA LUZIA DE LIMA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		llh
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	23/07/20		llh
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		llh
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	23/07/20		llh
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	23/07/20		llh
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/07/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/07/20 Cinthia Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/07/20 Cinthia Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/20 Jllh	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/07/20 Cirurgião-Dentista Cinthia Rosa
--	--	--	---



342466
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 21/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7719567	7-Data Validade da Senha 19/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 00202526868200008501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS EDUARDO SOARES		14-Telefone 26/02/1959	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO SOARES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/07/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/07/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/07/20		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/07/20		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/07/20		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	D	1	61,00	0,00		S	30/07/20		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	D	1	61,00	0,00		S	30/07/20		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00		S	30/07/20		
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/07/20	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 357,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/07/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/07/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/07/20 Carlos Eduardo Soares	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/07/20 Ana Paula Rosa Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	---	---



350509
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7758131	7-Data Validade da Senha 02/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531013700000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA			
13-Nome VALDECIR PAGLIARI RONDINI		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano VALDECIR PAGLIARI RONDINI	
		02/07/1968			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485		24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA				
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		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-	00815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	04/08/20		<i>Paula Rosa</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 04/08/20	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 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/08/20 <i>Paula Rosa</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20 <i>Paula Rosa</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20 <i>Valdecir Pagliari Rondini</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/20 <i>Cirurgia Dental S.A. CRO Dentista 9485</i>
---	---	--	---



348669
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749210	7-Data Validade da Senha 28/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número de Carteira 00202526868200024203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICIPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALESSANDRA PEREIRA VIEIRA		14-Telefone () 3432-0620	15-Nome do Titular do plano JEFFERSON SANTOS MIRANDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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		S	03/08/20		ana paula rosa
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/08/20		ana paula rosa
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		ana paula rosa
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		ana paula rosa
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	03/08/20		ana paula rosa
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/08/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/20 Alessandra P. Vieira	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/08/20 Ana Paula Rosa
--	--	--	--



340242
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 16/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709813	7-Data Validade da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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

13-Nome PRICILA DA SILVA	14-Telefone () - / -	15-Nome do titular do plano PRICILA DA SILVA
-----------------------------	--------------------------	---

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---	--------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200
--	--	--------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200
--	--------------------------	-------------	---------------------------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00			S 16/07/20		Paula Rosa
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00			S 03/08/20		Paula Rosa
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			S 03/08/20		Paula Rosa
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00			S 10/08/20		Paula Rosa
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 10/08/20	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 325,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/20 Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/20 Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20 Paula Rosa	53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/08/20 Paula Rosa
--	--	--	---



348712
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/20	4-Data de Autorização 31/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7749370	7-Data Validade da Senha 28/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507710500217212		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ODINEIA CRISTINA TEIXEIRA DIAS		14-Telefone 21/05/1990		15-Nome do titular do plano DELARIANE DE CASTRO SILVA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485		19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485		24-UF PR	25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		28-UF PR	29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	31/07/20		cep
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/07/20		cep
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/07/20		cep
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/07/20		cep
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/07/20		cep
6-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00		S	10/08/20		cep
7-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	I	1	61,00	0,00		S	10/08/20		cep
8-	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00		S	10/08/20		cep
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/20	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 357,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20 cep	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/08/20 CRO 9485
--	--	---	--



349860
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754800	7-Data Validade da Senha 01/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252822660000601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SALVADOR MCCARTNEY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA		14-Telefone () -	15-Nome do Usuar do plano JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO B	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Olos	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/08/20		Jenifer Tais
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/08/20		Jenifer Tais
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		Jenifer Tais
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/08/20		Jenifer Tais
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	03/08/20		Jenifer Tais
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	M	1	61,00	0,00		S	10/08/20		Jenifer Tais
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	M	1	61,00	0,00		S	10/08/20		Jenifer Tais
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/20	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 296,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20 Jenifer Tais	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/20 Cincalabs Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	--	--



346136
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/07/20	4-Data de Autorização 30/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7737362	7-Data Validade da Senha 25/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número de Carteira 00202526868200013401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAQUEL LINDBECK RODRIGUES		14-Telefone 14/06/1970	15-Nome do Titular do plano RAQUEL LINDBECK RODRIGUES		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO B 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO B	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raizão	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/07/20		Dhr
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			04/08/20		Dhr
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			04/08/20		Dhr
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			04/08/20		Dhr
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			04/08/20		Dhr
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00			04/08/20		Dhr
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/08/20	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 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/08/20 Cincalok fcs	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20 Cincalok fcs	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20 Dhr	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/08/20 Cirurgia Dentária CRO 9485
--	--	---	--



349082
INTERCAMBIO

1-Rapim: AHS 406414	3-Data de Emissão de Guia 31/10/2017	4-Data de Autorização 03/08/2017	5-Serão AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7751238	7-Data validade de Serão 29/10/2017
------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário:

8-Número do Cartão 00202506282400003202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAMARA MUNICIPAL DE	11-Data validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LEIDIANE CONCEICAO COSTA	14-Telefone 15/09/1997	15-Data de Validade do Plano () () () () () ()	16-Nome do titular do plano ANDRE SIMAO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CRO 3	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CRO 3		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qnt	36-Quantidade UF	37-Valor	38-Preço/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo de Cancelamento
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S 03,00 20			
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S 03,00 20			
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S 03,00 20			
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S 03,00 20			
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	S 03,00 20			
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Data Emissão / Assinatura do Faturamento 03/10/2017	44-Tipo de Atendimento 11-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	43-Data Emissão / Assinatura do Faturamento 03/10/2017	45-Valor Total UF 174,00	46-Valor Total R\$ 0,00	47-Valor Total Preco / 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 obrigações 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.

48-Assinatura	49-Data Emissão / Assinatura do Faturamento	50-Data Emissão / Assinatura do Faturamento	51-Data Emissão / Assinatura do Faturamento
---------------	---	---	---

52-Data Emissão / Assinatura do Faturamento	53-Data Emissão / Assinatura do Faturamento	54-Data Emissão / Assinatura do Faturamento	55-Data Emissão / Assinatura do Faturamento
---	---	---	---



349075
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7751219	7-Data Validade da Senha 29/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202506282400003201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAMARA MUNICIPAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRE SIMAO DA SILVA		14-Telefone 04/10/1992	15-Nome do titular do plano ANDRE SIMAO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/08/20		André
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			03/08/20		André
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			03/08/20		André
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			03/08/20		André
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			03/08/20		André
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00			17/08/20		André
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/08/20	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 235,00	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 17/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20 André	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 André	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/20 Câmara Municipal de Curitiba Cirurgião Dentista SR 9485
--	---	---	---



344692
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7731014	7-Data Validade da Senha 21/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

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 0020253101370000101									
13-Nome VALDECIR PAGLIARI RONDINI		14-Telefone 02/07/1968		15-Nome do titular do plano VALDECIR PAGLIARI RONDINI					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA		18-Número no CRO 9485		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		28-UF PR		29-Código CBO S					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/20		
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	10/08/20		
3.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	10/08/20		
4.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	10/08/20		
5.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	10/08/20		
6.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00		S	17/08/20		
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Prevista Término do Tratamento 17/08/20	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 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 Valdecir Rondini	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	--	--



348349
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/07/2012	4-Data de Autorização 3/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747691	7-Data Validade da Senha 28/10/2012
--------------------------	--	------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202527505200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	
13-Nome ALINE MAIRE DE FREITAS MACHADO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JONAS CHAVES HOLLER
		29/12/1992	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA				

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/07/2012		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/08/2012		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/08/2012		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/08/2012		
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S	17/08/2012		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/08/2012	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/2012 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/2012 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/2012 Jonas Chaves Holler	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/2012 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--



348342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/20	4-Data de Autorização 30/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7747681	7-Data Validade da Senha 28/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025275052000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JONAS CHAVES HOLLER		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JONAS CHAVES HOLLER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			30/07/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			30/08/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			30/08/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			30/08/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			30/08/20		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			17/08/20		
7-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			17/08/20		
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 17/08/20	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 296,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 17/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/08/20 Jonas Chaves Holler	53-Data, local e Carimbo da Empresa 17/08/20 DENTAL UNI COOP. S.A. Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	---	--



344517
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7730316	7-Data Validade da Senha 21/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202530381100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TALIA FARIAS DIAS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TALIA FARIAS DIAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00			23/07/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/20	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20 Talia Farias Dias	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20 DENTAL UNI COOPERATIVA
--	--	---	--



350304
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/08/20		4-Data de Autorização 11/08/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7757237		7-Data Validade da Senha 01/11/20			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202528226000000801				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome DENILSON GONCALVES DA COSTA						14-Telefone 10/08/1987		15-Nome do titular do plano DENILSON GONCALVES DA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA				18-Número no CRO 9485		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934				22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA						27-Número no CRO 9485		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/08/20		Denilson	
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/08/20		Denilson	
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/08/20		Denilson	
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/08/20		Denilson	
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/08/20		Denilson	
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	D	1	61,00	0,00		S	11/08/20		Denilson	
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/20		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 235,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.													
49-Observação													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/08/20 Ana Paula Rosa			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/20 Ana Paula Rosa			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/20 Denilson			53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/20 Ana Paula Rosa				



340177
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 16/07/20	4-Data de Autorização 16/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7709505	7-Data Validade da Senha 14/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão 00202524494700001012	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRICELIO JOAO TONET CIA LTDA	11-Data Validade do Cartão / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAMERSON MARQUES DE SOUZA		14-Telefone () - /	15-Nome do titular do plano TELMA CORDEIRO LISBOA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			16/07/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			16/07/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			16/07/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			16/07/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			16/07/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/07/20	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/07/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/07/20 Anabela Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/07/20 Jamerson M. de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/07/20 Cricelio Joao Tonet Cia Ltda Cricelio Joao Tonet CRO 9485
--	--	--	---



352471
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7767344	7-Data Validade da Senha 04/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252449470000901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CRICELIO JOAO TONET CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CRISTINA FERNANDES RIBEIRO		14-Telefone 04/12/1986	15-Nome do titular do plano CRISTINA FERNANDES RIBEIRO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	10/08/20		Cristina
2	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/08/20		Cristina
3	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/08/20		Cristina
4	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/08/20		Cristina
5	00814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/08/20		Cristina
6	00815100198	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	13/08/20		Cristina
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/20	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 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/20 Cristina	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/20 Cristina	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/20 Cristina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/20 Cristina Fernandes Ribeiro Cirurgiã Dentista CRO 9485
--	--	--	--



349067
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7751180	7-Data Validade da Senha 29/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252822600001405	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DUCLAY LUIZ BARBOSA DO ROSARIO 04/12/1980		14-Telefone (141) 3432-1398	15-Nome do titular do plano PATRICIA MARA MENDES WISTUBA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OM	1	88,00	0,00			31/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/20	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

49-Observação			
---------------	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/20 Duclay Luiz Barbosa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/20 Ana Paula Rosa Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	---	--



349065
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 31/07/20	4-Data de Autorização 03/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7751170	7-Data Validade da Senha 29/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528226000001401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SUPERMERCADO PAGUE MENOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome PATRICIA MARA MENDES WISTUBA		14-Telefone (41) 3432-1398	15-Data de Nascimento 04/05/1981		
16-Data de Nascimento 04/05/1981					
17-Data de Nascimento 04/05/1981					
18-Data de Nascimento 04/05/1981					
19-Data de Nascimento 04/05/1981					
20-Data de Nascimento 04/05/1981					
21-Data de Nascimento 04/05/1981					
22-Data de Nascimento 04/05/1981					
23-Data de Nascimento 04/05/1981					
24-Data de Nascimento 04/05/1981					
25-Data de Nascimento 04/05/1981					
26-Data de Nascimento 04/05/1981					
27-Data de Nascimento 04/05/1981					
28-Data de Nascimento 04/05/1981					
29-Data de Nascimento 04/05/1981					
30-Data de Nascimento 04/05/1981					
31-Data de Nascimento 04/05/1981					
32-Data de Nascimento 04/05/1981					
33-Data de Nascimento 04/05/1981					
34-Data de Nascimento 04/05/1981					
35-Data de Nascimento 04/05/1981					
36-Data de Nascimento 04/05/1981					
37-Data de Nascimento 04/05/1981					
38-Data de Nascimento 04/05/1981					
39-Data de Nascimento 04/05/1981					
40-Data de Nascimento 04/05/1981					
41-Data de Nascimento 04/05/1981					
42-Data de Nascimento 04/05/1981					
43-Data de Nascimento 04/05/1981					
44-Data de Nascimento 04/05/1981					
45-Data de Nascimento 04/05/1981					
46-Data de Nascimento 04/05/1981					
47-Data de Nascimento 04/05/1981					
48-Data de Nascimento 04/05/1981					
49-Data de Nascimento 04/05/1981					
50-Data de Nascimento 04/05/1981					
51-Data de Nascimento 04/05/1981					
52-Data de Nascimento 04/05/1981					
53-Data de Nascimento 04/05/1981					
54-Data de Nascimento 04/05/1981					
55-Data de Nascimento 04/05/1981					
56-Data de Nascimento 04/05/1981					
57-Data de Nascimento 04/05/1981					
58-Data de Nascimento 04/05/1981					
59-Data de Nascimento 04/05/1981					
60-Data de Nascimento 04/05/1981					
61-Data de Nascimento 04/05/1981					
62-Data de Nascimento 04/05/1981					
63-Data de Nascimento 04/05/1981					
64-Data de Nascimento 04/05/1981					
65-Data de Nascimento 04/05/1981					
66-Data de Nascimento 04/05/1981					
67-Data de Nascimento 04/05/1981					
68-Data de Nascimento 04/05/1981					
69-Data de Nascimento 04/05/1981					
70-Data de Nascimento 04/05/1981					
71-Data de Nascimento 04/05/1981					
72-Data de Nascimento 04/05/1981					
73-Data de Nascimento 04/05/1981					
74-Data de Nascimento 04/05/1981					
75-Data de Nascimento 04/05/1981					
76-Data de Nascimento 04/05/1981					
77-Data de Nascimento 04/05/1981					
78-Data de Nascimento 04/05/1981					
79-Data de Nascimento 04/05/1981					
80-Data de Nascimento 04/05/1981					
81-Data de Nascimento 04/05/1981					
82-Data de Nascimento 04/05/1981					
83-Data de Nascimento 04/05/1981					
84-Data de Nascimento 04/05/1981					
85-Data de Nascimento 04/05/1981					
86-Data de Nascimento 04/05/1981					
87-Data de Nascimento 04/05/1981					
88-Data de Nascimento 04/05/1981					
89-Data de Nascimento 04/05/1981					
90-Data de Nascimento 04/05/1981					
91-Data de Nascimento 04/05/1981					
92-Data de Nascimento 04/05/1981					
93-Data de Nascimento 04/05/1981					
94-Data de Nascimento 04/05/1981					
95-Data de Nascimento 04/05/1981					
96-Data de Nascimento 04/05/1981					
97-Data de Nascimento 04/05/1981					
98-Data de Nascimento 04/05/1981					
99-Data de Nascimento 04/05/1981					
100-Data de Nascimento 04/05/1981					

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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OD	1	88,00	0,00	0,00	S	03/08/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento
03/08/20

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
88,00

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
03/08/20 Ana Paula Rosa

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
03/08/20 Ana Paula Rosa

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
03/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/08/20



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/20	4-Data de Autorização 10/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7773100	7-Data Validade da Senha 08/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202528226600000601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SALVADOR MCCARTNEY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA		14-Telefone 06/01/1994	15-Nome do titular do plano JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00			10/08/20		Jenifer
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/08/20	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 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	
---------------	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/08/20 Jenifer	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/08/20 Cirurgião Dentista CRO 9485
--	--	---	---



350399
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 03/08/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7757713	7-Data Validade da Senha 01/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SERVICO AUTONOMO MUNICIPAL	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202526943600000204						
13-Nome MARCELO DA SILVA FERREIRA		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CAMILÉ PINHEIRO GALDINO		
		20/06/1993				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 9485		19-UF PR	20-Código CBO 3	025 - Faturar Empresa
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934		22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA		23-Número no CRO 9485	24-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485		28-UF PR	29-Código CBO 3	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/08/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	04/08/20		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	04/08/20		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	04/08/20		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAI		1	35,00	0,00		S	04/08/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 04/08/20	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação Alterada a Guia de temporária para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/08/20 Marcelo da Silva Ferreira	53-Data, local e Carimbo de Empresa 04/08/20 Ana Paula Rosa Cirurgia Dentista CRO 9485
--	--	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365632
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 27/08/20		4-Data de Autorização 28/08/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7828799		7-Data Validade de Senha 25/11/20		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202506282400003103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CAMARA MUNICIPAL DE		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ALVARO ANDERSON LARSEN						14-Telefone 14/01/1980 () 3462-1386		15-Nome do titular do plano MIRIELEN DA CUNHA				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA				18-Número no CRO 9485		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934				22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA				23-Número no CRO 9485		24-UF PR		
25-Código CNES				26-UF PR				27-Número no CRO 9485				
28-UF PR				29-Código CBO S				28-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA				
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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			28/08/20		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			28/08/20		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			28/08/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 28/08/20		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 105,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/08/20 Ana Paula Rosa												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/20 Ana Paula Rosa												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/20 Alvaro Anderson Larsen												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/20 Cirurgião Dentista												


360388
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/08/20	4-Data de Autorização 12/01/08/20	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7803412	7-Data Validade da Serina 18/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202506282400003103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAMARA MUNICIPAL DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ALVARO ANDERSON LARSEN		14-Telefone () 3462-1386	15-Nome do titular do plano MIRIELEN DA CUNHA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA		27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Greve	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/08/20		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/08/20		
2-	0085100198	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	81,00	0,00		S	20/08/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 20/08/20	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 130,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/20 Alvaro Anderson Larsen	53-Data, local e Carimbo de Empresa 20/08/20 Camara Municipal de Curitiba CRO 9485
--	--	--	---

Dra. Ana Paula Rosa
Cirurgiã Dentista
CRO 9485



358239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7793535	7-Data Validade da Senha 15/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202507710500061209	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome MARILIZE DO ROCIO ROCHA BELIZARIO	14-Telefone () 3424-15335	15-Nome do titular do plano MARILIZE APARECIDA ROCHA BELIZARIO
--	-------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Alcômetro a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	------------------------	---	--------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES (I) 85100200
--	--	--------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/20		Marilize
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	17/08/20		Marilize
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	17/08/20		Marilize
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	17/08/20		Marilize
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/08/20		Marilize
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MV	1	88,00	0,00		S	25/08/20		Marilize
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	13	MV	1	88,00	0,00		S	25/08/20		Marilize
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/08/20	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 350,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 25/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/08/20 Marilize Belizario	53-Data, local e Carimbo da Empresa 25/08/20 Ana Paula Rosa CRO 9485 Cirurgiã-Dentista
--	--	--	---



342650
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 21/07/20	4-Data de Autorização 23/07/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7720435	7-Data Validade da Senha 19/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número de Carteira 00202526868200006901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MUNICÍPIO DE ANTONINA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome SEBASTIANA LUZIA DE LIMA	14-Telefone () -	15-Data de Nascimento 31/12/1969	15-Nome do titular do plano SEBASTIANA LUZIA DE LIMA
-------------------------------------	----------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA PAULA ROSA	18-Número no CRO 9485	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 78216168934	22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA ROSA	23-Número no CRO 9485	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA ROSA	27-Número no CRO 9485	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MD	1	88,00	0,00		S	13/08/20		shp
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	88,00	0,00		S	13/08/20		shp
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	MD	1	88,00	0,00		S	18/08/20		shp
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	18/08/20		shp
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00		S	20/08/20		shp
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	31/08/20		shp
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 31/08/20	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 447,00	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 31/08/20 Ana Paula Rosa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/08/20 Ana Paula Rosa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/20 shp	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/20 Ana Paula Rosa
--	--	---	--

CRO 9485
Cirurgiã-Dentista

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

CRO: 9485/PR

Cirurgião Dentista: (17475) - ANA PAULA ROSA

Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
340177 - I	JAMERSON MARQUES DE SOUZA (00202524494700000102)		16/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
340177 - I	JAMERSON MARQUES DE SOUZA (00202524494700000102)		16/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
340242 - I	PRICILA DA SILVA (00202530528300000101)		16/07/2020	264	0.55	R\$ 145,20
340242 - I	PRICILA DA SILVA (00202530528300000101)		16/07/2020	61	0.69	R\$ 42,09
342466 - I	CARLOS EDUARDO SOARES (00202526868200008501)		21/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
342466 - I	CARLOS EDUARDO SOARES (00202526868200008501)		21/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
342466 - I	CARLOS EDUARDO SOARES (00202526868200008501)		21/07/2020	183	0.69	R\$ 126,27
342576 - I	SEBASTIANA LUZIA DE LIMA (00202526868200006901)		21/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
342576 - I	SEBASTIANA LUZIA DE LIMA (00202526868200006901)		21/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
342650 - I	SEBASTIANA LUZIA DE LIMA (00202526868200006901)		21/07/2020	264	0.55	R\$ 145,20
342650 - I	SEBASTIANA LUZIA DE LIMA (00202526868200006901)		21/07/2020	183	0.69	R\$ 126,27
344517 - I	TALIA FARIAS DIAS (00202530381100000101)		23/07/2020	88	0.55	R\$ 48,40
344692 - I	VALDECIR PAGLIARI RONDINI (00202531013700000101)		23/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
344692 - I	VALDECIR PAGLIARI RONDINI (00202531013700000101)		23/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
344692 - I	VALDECIR PAGLIARI RONDINI (00202531013700000101)		23/07/2020	61	0.69	R\$ 42,09
346136 - I	RAQUEL LINDBECK RODRIGUES (00202526868200013401)		27/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
346136 - I	RAQUEL LINDBECK RODRIGUES (00202526868200013401)		27/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
346136 - I	RAQUEL LINDBECK RODRIGUES (00202526868200013401)		27/07/2020	61	0.69	R\$ 42,09
348342 - I	JONAS CHAVES HOLLER (00202527505200000101)		30/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
348342 - I	JONAS CHAVES HOLLER (00202527505200000101)		30/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
348342 - I	JONAS CHAVES HOLLER (00202527505200000101)		30/07/2020	122	0.69	R\$ 84,18
348349 - I	ALINE MAIRE DE FREITAS MACHADO (00202527505200000102)		30/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
348349 - I	ALINE MAIRE DE FREITAS MACHADO (00202527505200000102)		30/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
348669 - I	ALESSANDRA PEREIRA VIEIRA (00202526868200024203)		30/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
348669 - I	ALESSANDRA PEREIRA VIEIRA (00202526868200024203)		30/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
348712 - I	ODINEIA CRISTINA TEIXEIRA DIAS (00202507710500217212)		30/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
348712 - I	ODINEIA CRISTINA TEIXEIRA DIAS (00202507710500217212)		30/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
348712 - I	ODINEIA CRISTINA TEIXEIRA DIAS (00202507710500217212)		30/07/2020	183	0.69	R\$ 126,27
349065 - I	PATRICIA MARA MENDES WISTUBA (00202528226000001401)		31/07/2020	88	0.55	R\$ 48,40
349067 - I	DUCLAY LUIZ BARBOSA DO ROSARIO (00202528226000001405)		31/07/2020	88	0.55	R\$ 48,40
349075 - I	ANDRE SIMAO DA SILVA (00202506282400003201)		31/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
349075 - I	ANDRE SIMAO DA SILVA (00202506282400003201)		31/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60
349075 - I	ANDRE SIMAO DA SILVA (00202506282400003201)		31/07/2020	61	0.69	R\$ 42,09
349082 - I	LEIDIANE CONCEICAO COSTA (00202506282400003202)		31/07/2020	34	0.6	R\$ 20,40
349082 - I	LEIDIANE CONCEICAO COSTA (00202506282400003202)		31/07/2020	140	0.64	R\$ 89,60

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: 01/09/2020 11:30

Página 1 de 3

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

349860 - I	JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA (00202528226600000601)	03/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
349860 - I	JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA (00202528226600000601)	03/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
349860 - I	JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA (00202528226600000601)	03/08/2020	122	0.69	R\$ 84,18
350304 - I	DENILSON GONCALVES DA COSTA (00202528226600000801)	03/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
350304 - I	DENILSON GONCALVES DA COSTA (00202528226600000801)	03/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
350304 - I	DENILSON GONCALVES DA COSTA (00202528226600000801)	03/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
350316 - I	SUELEN DE PAULA SILVA (00202526868200002305)	03/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
350316 - I	SUELEN DE PAULA SILVA (00202526868200002305)	03/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
350316 - I	SUELEN DE PAULA SILVA (00202526868200002305)	03/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
350388 - I	EMERSON RODRIGUES RIBEIRO DERIO (00202526868200023202)	03/08/2020	122	0.43	R\$ 52,46
350388 - I	EMERSON RODRIGUES RIBEIRO DERIO (00202526868200023202)	03/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
350388 - I	EMERSON RODRIGUES RIBEIRO DERIO (00202526868200023202)	03/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
350388 - I	EMERSON RODRIGUES RIBEIRO DERIO (00202526868200023202)	03/08/2020	244	0.69	R\$ 168,36
350399 - I	MARCELO DA SILVA FERREIRA (00202526943600000204)	03/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
350399 - I	MARCELO DA SILVA FERREIRA (00202526943600000204)	03/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
350509 - I	VALDECIR PAGLIARI RONDINI (00202531013700000101)	04/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
350741 - I	CAMILE PINHEIRO GALDINO (00202526943600000201)	04/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
350741 - I	CAMILE PINHEIRO GALDINO (00202526943600000201)	04/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
350741 - I	CAMILE PINHEIRO GALDINO (00202526943600000201)	04/08/2020	244	0.69	R\$ 168,36
352471 - I	CRISTINA FERNANDES RIBEIRO (00202524494700000901)	06/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
352471 - I	CRISTINA FERNANDES RIBEIRO (00202524494700000901)	06/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
352471 - I	CRISTINA FERNANDES RIBEIRO (00202524494700000901)	06/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
353785 - I	JENIFER TAIS QUARTAROLLI GOUVEA (00202528226600000601)	10/08/2020	88	0.55	R\$ 48,40
353852 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202531284900000101)	10/08/2020	176	0.55	R\$ 96,80
353852 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202531284900000101)	10/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
353852 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202531284900000101)	10/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
353852 - I	MARIANE DE ANDRADE GOULART (00202531284900000101)	10/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
354103 - I	JHULIE VITORACIO DA COSTA (00202527919100002502)	10/08/2020	107	0.6	R\$ 64,20
356044 - I	PRICILA DA SILVA (00202530528300000101)	13/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
356051 - I	PRICILA DA SILVA (00202530528300000101)	13/08/2020	88	0.55	R\$ 48,40
356148 - I	JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS (00202503676600149401)	13/08/2020	70	0.64	R\$ 44,80
356148 - I	JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS (00202503676600149401)	13/08/2020	122	0.69	R\$ 84,18
356213 - I	NATHALIA CRISTINE RIBEIRO (00202524494700000902)	13/08/2020	88	0.55	R\$ 48,40
356213 - I	NATHALIA CRISTINE RIBEIRO (00202524494700000902)	13/08/2020	183	0.69	R\$ 126,27
356547 - I	PATRICIA MARA MENDES WISTUBA (002025282266000001401)	13/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
356600 - I	THAIS SALGADO DE OLIVEIRA (00202531240500000101)	13/08/2020	88	0.55	R\$ 48,40
356600 - I	THAIS SALGADO DE OLIVEIRA (00202531240500000101)	13/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
356600 - I	THAIS SALGADO DE OLIVEIRA (00202531240500000101)	13/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60

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: 01/09/2020 11:30

Página 2 de 3

HOMOLOG

Relatório: Produção Cirurgião Dentista

Período de Competência: SETEMBRO/2020

356600 - I	THAIS SALGADO DE OLIVEIRA (00202531240500000101)	13/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
358162 - I	JIMMY CHIARELLI GOULART (00202519561200000104)	17/08/2020	106	0.6	R\$ 63,60
358162 - I	JIMMY CHIARELLI GOULART (00202519561200000104)	17/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
358239 - I	MARILIZE DO RÓCIO ROCHA BELIZARIO (00202507710500061209)	17/08/2020	176	0.55	R\$ 96,80
358239 - I	MARILIZE DO RÓCIO ROCHA BELIZARIO (00202507710500061209)	17/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
358239 - I	MARILIZE DO RÓCIO ROCHA BELIZARIO (00202507710500061209)	17/08/2020	140	0.64	R\$ 89,60
360360 - I	KAUE DOS SANTOS SANTANA ROSA (00202503676600149403)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360360 - I	KAUE DOS SANTOS SANTANA ROSA (00202503676600149403)	20/08/2020	122	0.69	R\$ 84,18
360388 - I	ALVARO ANDERSON LARSEN (00202506282400003103)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
360388 - I	ALVARO ANDERSON LARSEN (00202506282400003103)	20/08/2020	35	0.64	R\$ 22,40
360388 - I	ALVARO ANDERSON LARSEN (00202506282400003103)	20/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
360776 - I	CAROLINE SEBOLD ADALTINO (00202526868200000303)	20/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
362427 - I	ELI CESAR CESARIO (00202527314900006601)	24/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
362427 - I	ELI CESAR CESARIO (00202527314900006601)	24/08/2020	61	0.69	R\$ 42,09
365617 - I	KAUE DOS SANTOS SANTANA ROSA (00202503676600149403)	27/08/2020	72	0.6	R\$ 43,20
365621 - I	JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS (00202503676600149401)	27/08/2020	34	0.6	R\$ 20,40
365624 - I	JOSIELI APARECIDA DOS SANTOS (00202503676600149401)	27/08/2020	70	0.64	R\$ 44,80
365632 - I	ALVARO ANDERSON LARSEN (00202506282400003103)	27/08/2020	105	0.64	R\$ 67,20

Totalizador por Operadora

N° de USOs:	8630
N° de atendimentos:	43
Valor:	R\$ 5.447,33

Totalizador

N° de USOs:	8630
N° de atendimentos:	43
Valor:	R\$ 5.447,33

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: 01/09/2020 11:30

Página 3 de 3