



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



388064
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/11/2019 4-Data de Autuação 02/11/2019 5-Senha **conhecido** 6-Número da Guia Principal 7928567 7-Data Validade da Guia 31/11/2020

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202025282708000462011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAUAUAPY 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA FLAVIA DOS SANTOS 23/01/1995 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ANA FLAVIA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Agendamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 098131353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CHES Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frangquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	01/10/2021		
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	01/10/2021		
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	01/10/2021		
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	01/10/2021		
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00	0,00		S	01/10/2021		
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Frangquia / Co-participação R\$

Decisão, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura da Empresa

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808992

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



400335
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/01/10/12/01

4-Data de Autorização
12/11/10/12/01

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7976827

7-Data Validade da Guia
11/8/10/11/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10/12/01/2151323446000001010121

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

NATHAN CAETANO DA ROCHA SILVA

14-Telefone

20/12/2001

15-Nome do titular do plano

JACQUELINE DA ROCHA SILVA COSTA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN

JHENIFFER DA SILVA MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante

JHENIFFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO

29859

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

10/918131353986

22-Nome do Contratado Executante

JHENIFFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO

29859

24-UF

PR

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 82001294-48
(II) 82001286-18
(III) 82001286-28

26-Nome do Profissional Executante

JHENIFFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO

29859

28-UF

PR

29-Código CBO S

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região

34-Fase

35-Clín

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Guia

42-Assinatura

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cópia da Empresa

54-Data, local e Cópia da Empresa

55-Data, local e Cópia da Empresa

56-Data, local e Cópia da Empresa

57-Data, local e Cópia da Empresa

58-Data, local e Cópia da Empresa

59-Data, local e Cópia da Empresa

60-Data, local e Cópia da Empresa

61-Data, local e Cópia da Empresa

62-Data, local e Cópia da Empresa

63-Data, local e Cópia da Empresa

64-Data, local e Cópia da Empresa

65-Data, local e Cópia da Empresa

66-Data, local e Cópia da Empresa

67-Data, local e Cópia da Empresa

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista

CRO PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SCHERRER LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808990

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{da}



408993
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 03/01/2012 4-Data de Autorização 03/01/2012 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8013006 7-Data Validade da Guia 28/01/2012 8-Data Validade da Santa 28/01/2012

8-Número da Carteira 0002012532789200000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome RAFAEL CARLOS DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano RAFAEL CARLOS DA SILVA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 0185100200 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-Código CBO S 0185100200

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Válv	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0	0,00	0	05/11/2012	05/11/2012	Rafael Carlos
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM	1	88,00	0	0,00	0	05/11/2012	05/11/2012	Rafael Carlos
3-00	82000921	GENGIVECTOMIA	S3		1	14,40	0	0,00	0	05/11/2012	05/11/2012	Rafael Carlos
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	M	1	16,10	0	0,00	0	05/11/2012	05/11/2012	Rafael Carlos
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	16,10	0	0,00	0	05/11/2012	05/11/2012	Rafael Carlos
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 4442,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 48-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 49-Observação 49-Imagens analisadas 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cópia da Empresa

Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.859
CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHNEIDER FRIDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808990

24



INTERC

7Internacional de Saúde

de Rastropo

El contrato de arrendamiento de un inmueble que se celebra por escrito, con un plazo superior a seis meses, debe inscribirse en el Registro de la Propiedad.

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/12/11 11/20

4-Data de Autorização
11/12/11 11/20

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8049463

7-Data Validade da Seria
11/10/12 11/21

418121
INTERCÂMBIO

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202529843800000801

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TV CATARATAS LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome
BRUNA KOBUS DA SILVA

07/12/1993

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
BRUNA KOBUS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avornamento a RV
17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-LUF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-LUF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO
29859

28-LUF
PR

29-Código CBO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifonejo	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	14	V	1	61,00	0,00	5,23	0,00	21/01/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
44-Tipo de Avornamento
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\$
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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista

CRO-PR-29.859

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.728.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 680890



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



422256
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dim de Emissão da Guia
11/8/11/12/10

4-Dim de Autorização
11/9/11/12/10

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8066651

7-Dim Validação da Guia
11/6/10/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
01012021533583400000101031

9-Polígono
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dim Validação da Carteira
11/11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ISADORA BARBOSA DE OLIVEIRA SANTOS

14-Telefone
02/02/2013

15-Nome do titular do plano
KARINE BARBOSA DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
091831353986

22-Nome do Contratado Excludente
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CBO S
29859

26-Nome do Profissional Excludente
JHENIFER DA SILVA MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Diz	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Maturo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	0181000014	CONDICIONAMENTO EM	1	1	1	7,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	1	7,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima assinados, 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) em conformidade com a legislação vigente, 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

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

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

51-Dim, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dim, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dim, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 660899

2442

425896
INTERCÂMBIO12-Número do Catálogo Nacional de Saúde

¹⁵Nome do titular do plano
SILVANA GOMES DA SILVA DE ALMEIDA

025 - Faturar Empresa[illegible]

istente e arcar com os custos previstos em
do que assina esse documento, os valores

--

CLINICAL ORIENTATIONS

53-DIVA, Vozal e Carimbo da Empresa

5110

SCIENTIA LIBRA
CHP: 07.338.96/00015

243

425956
INTERCÂMBIO12-Número do Caderno Nacional de SaúdeADEMIR SATURNINO DE MELO025 - Faturar Empresa

Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

(1) 85100200

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Brunia n. f.
Brunia n. f.
Brunia n. f.
Brunia n. f.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiă Dentistă

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CRU-PR 23.003
Jin Martin

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dan, local e Carro da Empresa

SCIENTER LDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50

246



Dados do Beneficiário

13-Nome

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExecutanteJHENIFER DA SILVA MARTINSPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento
-----------	---------------------------

1	0	0	8	5	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

2	-	0	0	8	5	1	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

1000

—

1

[illegible][illegible][illegible]8-1

—

[illegible][illegible][illegible]A vertical ruler scale with markings from 13 to 14. The number 13 is at the top, and 14 is at the bottom. There are tick marks every 0.1 units, with longer tick marks at each integer.

—

—

--	--

I
I
III
I
I

Doctores que no se han sido divulgados

contrato. Declaro, ainda que o(s) p

49-Observação

1000

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-D

2016

Source: Authors' calculations based on data from the 2000 Census of the United States.

428832
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

431884
INTERCÂMBIO12-Número do Caderno Nacional de Saúde

ANDERSON GONCALVES DA SILVA

Faturar Empresa25-Código CNECPR

10 - F. assinada e rubricada DE	10 - Data de Realização	41 - Motivo da Causa	42 - Assinatura

050121

[illegible][illegible]

Siemens

100

[illegible]

—

[illegible][illegible]

—

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

[illegible]

—

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

[illegible]

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

prometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previ-

em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os

CLINICA ODONTOLÓGICA

COLTIER LTD

53-Data, local e Carimbo da Empresa

165115911121

680/111000

242

Dados do Beneficiário13-NORMDados do Contrólado Responsável pelo Tratamento21- Cadastro na Operadora / CNPJ / CPF26-Nome do Profissional ExercitantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados43-Data Previsão Término do Tratamento

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apurados nos autos do processo nº 0000000-07/2016, sou eu, o(a) paciente, Sr(a) _____, portadora do CPF nº _____, inscrita no CNJ nº _____, filha/mãe, realizada com meu consentimento e de livre vontade, autorizo a Otorratria a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

49-Observação

Cirurgiă Dentistă

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

SS-Dala, local e Carimbo da Empresa
015/1102/121

CLINICAL CONTINUITY

SCHEIDTKE, LUDWIG.

CMPJ: 07.738.896/0001-50

CRD/PR 1206 - CNES 6808995



431890
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dados de Emissão da Guia
10/11/12/12/10

4-Dados de Autorização
10/12/11/12/12/10

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8107136

7-Data Validade da Guia
10/11/10/3/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/10/2/5/2/9/4/2/3/8/0/0/0/0/1/0/3

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
10/11/10/3/12/11

12-Número do Curso Nacional de Saúde

13-Nome
ELIZANGELA CRISTINA LESKOVICZ MACHADO

25/02/2007

15-Nome do titular do plano
ANDERSON GONCALVES DA SILVA

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN
17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

23-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

24-UF
PR

25-Código CNES
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10/9/8/3/1/3/5/3/9/8/6/

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

26-Número no CRO
29859

27-UF
PR

28-Código CBO S

25-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F-ace	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guia	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
3-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
4-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
5-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
6-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
7-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
8-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
9-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
10-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
11-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
12-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
13-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
14-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
15-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
16-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
17-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
18-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
19-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
20-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
21-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
22-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
23-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
24-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
25-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
26-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
27-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
28-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
29-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
30-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
31-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
32-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
33-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
34-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
35-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
36-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
37-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
38-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
39-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
40-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
41-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
42-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
43-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
44-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
45-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
46-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
47-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
48-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
49-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
50-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
51-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
52-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
53-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
54-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
55-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
56-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
57-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
58-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
59-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
60-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
61-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
62-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
63-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
64-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
65-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
66-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
67-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
68-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
69-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
70-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
71-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
72-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
73-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
74-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
75-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
76-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
77-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
78-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
79-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
80-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
81-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
82-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
83-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
84-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
85-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
86-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
87-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
88-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
89-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
90-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
91-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
92-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
93-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
94-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
95-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
96-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
97-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
98-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
99-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			
100-0	0	8	4	0	0	0	1	9	8			

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

61-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

62-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

63-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

64-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

65-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

66-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

67-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

68-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

69-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

70-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

71-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

72-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

73-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

74-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

75-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

76-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

77-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

78-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

79-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

80-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

81-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

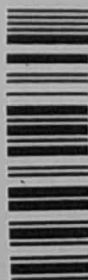
82-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

83-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

84-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

85-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

247

432958
INTERCÂMBIOFattori del trattamento / Treatment factors

1000

49-Observations

Cirurgia Dentista

Euler's

SCHERER LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



436683

OK

406414

08/11/2012

08/11/2012

AUTORIZADO

8126752

03/12/11

436683 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira

000202528270800028201

9- Plano

POS REDE PRESTADORA

10- Empresa

FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

11- Data Validade da Carteira

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

LEILA ADRIANA MELO RATEIRO

18/07/1984

14- Telefone

(41) 51352310833

15- Nome do titular do plano

LEILA ADRIANA MELO RATEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Nome do Profissional Solicitante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

17- Nome do Profissional Solicitante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

18- Número no CRO

29859

19- UF

PR

20- Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNO / CIP

09831353986

22- Nome do Contratado Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

23- Número no CRO

29859

24- UF

PR

25- Código CNES

26- Código CBO S

27- Número no CRO

28- UF

29- Código CBO S

26- Nome do Profissional Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- F-fee	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Cop-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			14/01/2012		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			14/01/2012		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			14/01/2012		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			14/01/2012		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			14/01/2012		
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43- Data Previsão Término do Tratamento

44- Tipo de Atendimento

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

45- Tipo de Faturamento

1- Total 2- Parcial

46- Total Quantidade US

178,00

47- Valor Total R\$

10,00

48- Total Franquia / Cop-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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

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

11/01/2012

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/01/2012

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/01/2012

53- Data, local e Cartão de Empresa

11/01/2012

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHENNER FIDIA

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

247

437850
INTERCÂMBIO

Order

11

100

114

11

九

121011

11

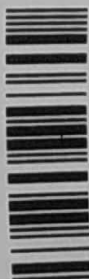
111011

1	2
---	---

200

11

25



43803+

OK

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 3-Data de Autorização 11/11/2012 4-Santa AUTORIZADO 5-Número da Guia 8133120 6-Data Validade da Guia 11/01/2013 7-Data Validade da Guia 11/01/2013 8-Data Validade da Guia 11/01/2013 9-Data Validade da Guia 11/01/2013 10-Data Validade da Guia 11/01/2013 11-Data Validade da Guia 11/01/2013 12-Data Validade da Guia 11/01/2013 13-Data Validade da Guia 11/01/2013 14-Data Validade da Guia 11/01/2013 15-Data Validade da Guia 11/01/2013 16-Data Validade da Guia 11/01/2013 17-Data Validade da Guia 11/01/2013 18-Data Validade da Guia 11/01/2013 19-Data Validade da Guia 11/01/2013 20-Data Validade da Guia 11/01/2013 21-Data Validade da Guia 11/01/2013 22-Data Validade da Guia 11/01/2013 23-Data Validade da Guia 11/01/2013 24-Data Validade da Guia 11/01/2013 25-Data Validade da Guia 11/01/2013 26-Data Validade da Guia 11/01/2013 27-Data Validade da Guia 11/01/2013 28-Data Validade da Guia 11/01/2013 29-Data Validade da Guia 11/01/2013 30-Data Validade da Guia 11/01/2013 31-Data Validade da Guia 11/01/2013 32-Data Validade da Guia 11/01/2013 33-Data Validade da Guia 11/01/2013 34-Data Validade da Guia 11/01/2013 35-Data Validade da Guia 11/01/2013 36-Data Validade da Guia 11/01/2013 37-Data Validade da Guia 11/01/2013 38-Data Validade da Guia 11/01/2013 39-Data Validade da Guia 11/01/2013 40-Data Validade da Guia 11/01/2013 41-Data Validade da Guia 11/01/2013 42-Data Validade da Guia 11/01/2013 43-Data Validade da Guia 11/01/2013 44-Data Validade da Guia 11/01/2013 45-Data Validade da Guia 11/01/2013 46-Data Validade da Guia 11/01/2013 47-Data Validade da Guia 11/01/2013 48-Data Validade da Guia 11/01/2013 49-Data Validade da Guia 11/01/2013 50-Data Validade da Guia 11/01/2013 51-Data Validade da Guia 11/01/2013 52-Data Validade da Guia 11/01/2013 53-Data Validade da Guia 11/01/2013 54-Data Validade da Guia 11/01/2013 55-Data Validade da Guia 11/01/2013 56-Data Validade da Guia 11/01/2013 57-Data Validade da Guia 11/01/2013 58-Data Validade da Guia 11/01/2013 59-Data Validade da Guia 11/01/2013 60-Data Validade da Guia 11/01/2013 61-Data Validade da Guia 11/01/2013 62-Data Validade da Guia 11/01/2013 63-Data Validade da Guia 11/01/2013 64-Data Validade da Guia 11/01/2013 65-Data Validade da Guia 11/01/2013 66-Data Validade da Guia 11/01/2013 67-Data Validade da Guia 11/01/2013 68-Data Validade da Guia 11/01/2013 69-Data Validade da Guia 11/01/2013 70-Data Validade da Guia 11/01/2013 71-Data Validade da Guia 11/01/2013 72-Data Validade da Guia 11/01/2013 73-Data Validade da Guia 11/01/2013 74-Data Validade da Guia 11/01/2013 75-Data Validade da Guia 11/01/2013 76-Data Validade da Guia 11/01/2013 77-Data Validade da Guia 11/01/2013 78-Data Validade da Guia 11/01/2013 79-Data Validade da Guia 11/01/2013 80-Data Validade da Guia 11/01/2013 81-Data Validade da Guia 11/01/2013 82-Data Validade da Guia 11/01/2013 83-Data Validade da Guia 11/01/2013 84-Data Validade da Guia 11/01/2013 85-Data Validade da Guia 11/01/2013 86-Data Validade da Guia 11/01/2013 87-Data Validade da Guia 11/01/2013 88-Data Validade da Guia 11/01/2013 89-Data Validade da Guia 11/01/2013 90-Data Validade da Guia 11/01/2013 91-Data Validade da Guia 11/01/2013 92-Data Validade da Guia 11/01/2013 93-Data Validade da Guia 11/01/2013 94-Data Validade da Guia 11/01/2013 95-Data Validade da Guia 11/01/2013 96-Data Validade da Guia 11/01/2013 97-Data Validade da Guia 11/01/2013 98-Data Validade da Guia 11/01/2013 99-Data Validade da Guia 11/01/2013 100-Data Validade da Guia 11/01/2013

13-Plano POS REDE PRESTADORA 30/05/1974 14-Telefone 15-Endereço CAROLINE OLIVEIRA COELHO 16-Endereço 17-Endereço 18-Endereço 19-Endereço 20-Endereço 21-Endereço 22-Endereço 23-Endereço 24-Endereço 25-Endereço 26-Endereço 27-Endereço 28-Endereço 29-Endereço 30-Endereço 31-Endereço 32-Endereço 33-Endereço 34-Endereço 35-Endereço 36-Endereço 37-Endereço 38-Endereço 39-Endereço 40-Endereço 41-Endereço 42-Endereço 43-Endereço 44-Endereço 45-Endereço 46-Endereço 47-Endereço 48-Endereço 49-Endereço 50-Endereço 51-Endereço 52-Endereço 53-Endereço 54-Endereço 55-Endereço 56-Endereço 57-Endereço 58-Endereço 59-Endereço 60-Endereço 61-Endereço 62-Endereço 63-Endereço 64-Endereço 65-Endereço 66-Endereço 67-Endereço 68-Endereço 69-Endereço 70-Endereço 71-Endereço 72-Endereço 73-Endereço 74-Endereço 75-Endereço 76-Endereço 77-Endereço 78-Endereço 79-Endereço 80-Endereço 81-Endereço 82-Endereço 83-Endereço 84-Endereço 85-Endereço 86-Endereço 87-Endereço 88-Endereço 89-Endereço 90-Endereço 91-Endereço 92-Endereço 93-Endereço 94-Endereço 95-Endereço 96-Endereço 97-Endereço 98-Endereço 99-Endereço 100-Endereço

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

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentifoneio	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Atendimento
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	34	1	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	35	1	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	44	1	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	1	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	1	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	MO	16,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
9-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
10-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
11-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
12-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
13-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
14-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									
15-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA									

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.

48-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Beneficiário

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERRER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808995

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



438044

OK

406414

438044
ERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 2 9 8 4 3 8 0 0 0 1 9 0 2
9- Plano: POS REDE PRESTADORA
10- Empresa: TV CATARATAS LTDA
11- Data Validade da Carteira: / /
12- Número do Cartão Nacional de Saúde: 1 0 / 0 3 / 2 1

13- Nome

QUEROLINE DA ROCHA DAVIES SIMOES

08/05/1986

14- Telefone: () -

15- Nome do titular do plano: FABIO GOBI SIMOES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Alinhamento a RN: N
17- Nome do Profissional Solicitante: JHENIFER DA SILVA MARTINS

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 9 8 3 1 3 5 3 9 8 6
22- Nome do Contratado Executante: JHENIFER DA SILVA MARTINS

26- Nome do Profissional Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

18- Número no CRO: 29859
19- UF: PR
23- Número no CRO: 29859
24- UF: PR
27- Número no CRO: 29859
28- UF: PR

20- Código CBO S: 025 -
25- Código CNES: Faturar Empresa
29- Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Fase	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Ocorrência	42- Assinatura
1- 0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	M	1	6 1 0 0	0 0 0 0	5 1 2 8 0 0 0 0 0 0			
2- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
3- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
4- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
7- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
8- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
9- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
10- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
11- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
12- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
13- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
14- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
15- /	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

43- Data Previsto Término do Tratamento: / /
44- Tipo de Alinhamento: /
45- Tipo de Faturamento: /
46- Total Quantidade US: 6 1 0 0
47- Valor Total R\$: 0 0 0 0
48- Total Franquia / Co-participação R\$: /

Declaram, 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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

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

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53- Data, local e Contato da Empresa

CNPJ: 07.738.806/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

2.4.4.

440616
INTERCÂMBIO¹² Ministério do Cartão Nacional de Saúde

13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-104

302

Enviar - RX

39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cisão	42-Assinatura

[illegible]

התאחדות העובדים

—

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

[illegible]

— — — — —

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

[illegible][illegible]

tratado que assina esse documento, os valores

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CPD 29 859

ESD

10

Step 3:

CLINICA ODONTOLÓGICA

אשר יתקן

U
P
A
P
P

UNCLASSIFIED//FOR OFFICIAL USE ONLY

~~C-207/PR-1705-GATES 680890~~

2

440696
INTERCÂMBIO¹² - Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
MAISA PEREIRA BARBOSA

can afford to

25-Código CNEC

1

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

31 - Código do Produto Interno	32 - Descrição
33 - Dente/Rengão	34 - Faço
35 - Qtd	36 - Quantidade US
37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$
39 - Anl	40 - Data de Realização
41 - Motivo da Causa	42 - Assinatura

[illegible]

KASPAGEM SUPRAGINGIVAL	HASD
3	1
0	3
0	6
8	0
5	0
3	0
0	0
0	0
0	0
4	0
1	0

0 0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1 1
RASPAGEM SUPRABENIGNA
HASE
1 2 2 0 0
0 0 0
0 1 2
M

[illegible][illegible][illegible]

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

Observação	$\Delta_{\text{obs}} = \Pi_{\text{obs}} - \Pi_{\text{teor}}$
1	0,00
2	0,00
3	0,00
4	0,00
5	0,00
6	0,00
7	0,00
8	0,00
9	0,00
10	0,00
11	0,00
12	0,00
13	0,00
14	0,00
15	0,00
16	0,00
17	0,00
18	0,00
19	0,00
20	0,00
21	0,00
22	0,00
23	0,00
24	0,00
25	0,00
26	0,00
27	0,00
28	0,00
29	0,00
30	0,00
31	0,00
32	0,00
33	0,00
34	0,00
35	0,00
36	0,00
37	0,00
38	0,00
39	0,00
40	0,00
41	0,00
42	0,00
43	0,00
44	0,00
45	0,00
46	0,00
47	0,00
48	0,00
49	0,00
50	0,00
51	0,00
52	0,00
53	0,00
54	0,00
55	0,00
56	0,00
57	0,00
58	0,00
59	0,00
60	0,00
61	0,00
62	0,00
63	0,00
64	0,00
65	0,00
66	0,00
67	0,00
68	0,00
69	0,00
70	0,00
71	0,00
72	0,00
73	0,00
74	0,00
75	0,00
76	0,00
77	0,00
78	0,00
79	0,00
80	0,00
81	0,00
82	0,00
83	0,00
84	0,00
85	0,00
86	0,00
87	0,00
88	0,00
89	0,00
90	0,00
91	0,00
92	0,00
93	0,00
94	0,00
95	0,00
96	0,00
97	0,00
98	0,00
99	0,00
100	0,00

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



442027
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/12/20		4-Data de Autorização 18/12/20		5-Santa AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8150745		7-Data Validade da Santa 16/10/21	
8-Número da Carteira 0020253179120000102		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/21		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome DANIEL APARECIDO RIZZATO		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano JULIANY DE FÁTIMA ZILLI RIZZATO							
16-Atendimento a RV JHENIFER DA SILVA MARTINS											
17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986											
22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS											
23-Número no CRO 29859											
24-Número no CRO 29859											
25-Código CNES Envlar - RX											
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS											
27-Número no CRO 29859											
28-UF PR											
29-Código CBO S 025 -											
30-Franquia/Co-participação R\$ 0											
31-Data de Realização 10/07/1971											
32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA											
33-Data/Rugião 24											
34-Fase OD											
35-Cid 1											
36-Quantidade US 8,8,0,0											
37-Valor 0,0,0,0											
38-Franquia/Co-participação R\$ 0											
39-Aut 0											
40-Data de Realização 10/07/2021											
41-Motivo da Causa 0											
42-Assinatura Silvia Martins											
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/21											
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência											
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial											
46-Total Quantidade US 8,8,0,0											
47-Valor Total R\$ 0,0,0,0											
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0											

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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
Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
18/10/2021 Jheniffer Martins

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/2021

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
18/10/2021

53-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

54-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

55-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

56-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

57-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

58-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

59-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

60-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

61-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

62-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

63-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

64-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

65-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

66-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

67-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

68-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

69-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

70-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

71-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

72-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

73-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

74-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

75-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

76-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

77-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

78-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

79-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

80-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

81-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

82-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

83-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

84-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

85-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

86-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

87-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

88-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

89-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

90-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

91-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

92-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

93-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

94-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

95-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

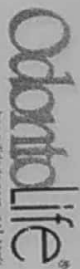
96-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

97-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

98-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

99-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021

100-Data, local e Assinatura da Empresa
16/10/2021



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1-Região ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/07/11	3-Data de Recebimento 11/07/11	4-Data de Vencimento da Guia 11/07/11	5-Série AUTORIZADO	6-Numeração da Guia 8154526	7-Data de Vencimento da Guia 11/07/11	8-Data de Vencimento da Guia 11/07/11
------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	--	-----------------------	--------------------------------	--	--

9-Numero da Carteira 0102025201648700038505	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/07/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde 442963
--	---------------------------------	--	---

13-Nome ANDRESSA RAMOS LIED	23/09/2015	14-Teléfono (45) 302919744	15-Nome do titular do plano THIAGO BORGES LIED
--------------------------------	------------	-------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Numero no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ / CPF) 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Numero no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	27-Numero no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentif/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	52	M	1	61,00	0,00	0,00	S	20/04/2011		
2-0	0185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	51	D	1	61,00	0,00	0,00	S	20/04/2011		
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
45-Tipo de Faturamento												
46-Total Quantidade US												
47-Valor Total R\$												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgia Dentista

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

CRO-PR-29859

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.856/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808995

3

442967
INTERCÂMBIO

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

15-A nome do titular do plano
THIAGO BORGES LIED

20-Código CBO S	025
-----------------	-----

25-Código CNES29-Código CAO S38.Franquilar/Co-participación R

00

[illegible]

U
T
T
T
T
T

[illegible]

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

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847

ישראל

47-Valor

to, comprometendo-me a cumprir a pagar em meu nome e por minha

| |
|--|
| |
|--|

SS-Data, Inc.

1

240

[illegible][illegible]

| | | |
|-------------------------------------|--------------------|-------|
| 16-Atendimento a RN | | |
| N | | |
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Alimento no CHO | 025 - |
| 17-Nome do Profissional Solicitante | | 19-Of |
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | | PR |
| 29859 | | |

| | |
|---|-----------------|
| 21-Endereço para Correspondência (RNDI/CDF) | |
| 22-Nome do Contratado Excitante | |
| 23-Número no CRO | |
| 24-UF | |
| 25-Código CNES | |
| 26-Endereço | Faturar Empresa |
| 27-Endereço | Endereço |
| 28-Endereço | Endereço |
| 29-Endereço | Endereço |
| 30-Endereço | Endereço |
| 31-Endereço | Endereço |
| 32-Endereço | Endereço |
| 33-Endereço | Endereço |
| 34-Endereço | Endereço |
| 35-Endereço | Endereço |
| 36-Endereço | Endereço |
| 37-Endereço | Endereço |
| 38-Endereço | Endereço |
| 39-Endereço | Endereço |
| 40-Endereço | Endereço |
| 41-Endereço | Endereço |
| 42-Endereço | Endereço |
| 43-Endereço | Endereço |
| 44-Endereço | Endereço |
| 45-Endereço | Endereço |
| 46-Endereço | Endereço |
| 47-Endereço | Endereço |
| 48-Endereço | Endereço |
| 49-Endereço | Endereço |
| 50-Endereço | Endereço |
| 51-Endereço | Endereço |
| 52-Endereço | Endereço |
| 53-Endereço | Endereço |
| 54-Endereço | Endereço |
| 55-Endereço | Endereço |
| 56-Endereço | Endereço |
| 57-Endereço | Endereço |
| 58-Endereço | Endereço |
| 59-Endereço | Endereço |
| 60-Endereço | Endereço |
| 61-Endereço | Endereço |
| 62-Endereço | Endereço |
| 63-Endereço | Endereço |
| 64-Endereço | Endereço |
| 65-Endereço | Endereço |
| 66-Endereço | Endereço |
| 67-Endereço | Endereço |
| 68-Endereço | Endereço |
| 69-Endereço | Endereço |
| 70-Endereço | Endereço |
| 71-Endereço | Endereço |
| 72-Endereço | Endereço |
| 73-Endereço | Endereço |
| 74-Endereço | Endereço |
| 75-Endereço | Endereço |
| 76-Endereço | Endereço |
| 77-Endereço | Endereço |
| 78-Endereço | Endereço |
| 79-Endereço | Endereço |
| 80-Endereço | Endereço |
| 81-Endereço | Endereço |
| 82-Endereço | Endereço |
| 83-Endereço | Endereço |
| 84-Endereço | Endereço |
| 85-Endereço | Endereço |
| 86-Endereço | Endereço |
| 87-Endereço | Endereço |
| 88-Endereço | Endereço |
| 89-Endereço | Endereço |
| 90-Endereço | Endereço |
| 91-Endereço | Endereço |
| 92-Endereço | Endereço |
| 93-Endereço | Endereço |
| 94-Endereço | Endereço |
| 95-Endereço | Endereço |
| 96-Endereço | Endereço |
| 97-Endereço | Endereço |
| 98-Endereço | Endereço |
| 99-Endereço | Endereço |
| 100-Endereço | Endereço |

[illegible]

| | |
|------------------------------------|--|
| 26-Nome do Profissional Expectante | |
| 27-Número no CRO | |
| 28-UF | |
| 29-Código CBO S | |

| | | | |
|---------------------------|-------|----|--|
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | 29859 | PR | |
|---------------------------|-------|----|--|

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

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 52 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|

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

[illegible]

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 52 |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|----|

[illegible][illegible]

15

| | |
|---|---------|
| 44-Tipo de Atendimento | |
| 45-Tipo de Faturamento | |
| 46-Total Quantidade US | 0 0 0 0 |
| 47-Valor Total R\$ | 0 0 0 0 |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$ | |

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores estabelecidos no orçamento, por mim assinado(s), (folhavam realizaç(ões)).

critério, brevidade, ainda que (v)s) procurem (v)s) assegurar (v)s) a eficácia do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49. Oshenajio
Shenijfer Martins

[illegible]

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

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



443007
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|--------------------------|---|--|------------------------|---------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS
406414 | 3-Data de Emissão da Guia
11/7/11 12/12/10 | 4-Data de Autenticação
10/5/10 11/12/11 | 5-Serena
AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal
8154738 | 7-Data Validade da Guia
11/7/10 3/12/11 |
|--------------------------|---|--|------------------------|---------------------------------------|--|

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|--|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira
0002025220436000012011 | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa
FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES | 11-Data Validade da Carteira
11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--|--------------------------------|--|--|---------------------------------------|

| | | | |
|---------------------------|------------|--|---|
| 13-Nome
MARCIA DE LIMA | 27/10/1977 | 14-Telefone
() () () () () () | 15-Nome do titular do plano
MARCIA DE LIMA |
|---------------------------|------------|--|---|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | | |
|---|--|---------------------------|-------------|--|
| 16-Aliamento a RIM
N | 17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO
29859 | 19-UF
PR | 20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10918313531986 | 22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO
29859 | 24-UF
PR | 25-Código CNES
(I) 85100200
(II) 85100200 |
| 26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | 27-Número no CRO
29859 | 28-UF
PR | 29-Código CBO S
(I) 85100200
(II) 85100200 |

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Teclha | 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-Medico da Clínica | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 1-010 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 22 | VM | 1 | 8,8 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| 2-010 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 21 | IP | 1 | 8,8 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| 3-010 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | ID | 1 | 8,8 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| 4-010 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 34 | V | 1 | 6,1 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| 5-010 | 85100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 44 | V | 1 | 6,1 | 10,0 | 10,0 | | | | |
| 6-010 | | | | | | | | | | | | |
| 7-010 | | | | | | | | | | | | |
| 8-010 | | | | | | | | | | | | |
| 9-010 | | | | | | | | | | | | |
| 10-010 | | | | | | | | | | | | |
| 11-010 | | | | | | | | | | | | |
| 12-010 | | | | | | | | | | | | |
| 13-010 | | | | | | | | | | | | |
| 14-010 | | | | | | | | | | | | |
| 15-010 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|----------------------------------|-----------------------------|--|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US
386,00 | 47-Valor Total R\$
10,10 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,10 |
|--|--|---|----------------------------------|-----------------------------|--|

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

48-Observação

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

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

CLINICA FORTALEÇA

SCHENKER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

244

446719
INTERCÂMBIO

9-Plan
POS REDE PRESTADORA

15-Nome do titular do plano
OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa

23-Número no CRO
29859

27-Número no CRO
29859

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA

PROFILAXIA: POLIMENTO

PROFILAXIA: POLIMENTO

PROFILAXIA: POLIMENTO

Endimento
Exame Radiológico

bre os propósitos, riscos, custos e alterações (s) acima, e por mim assinado(s),

ne a arcar com os custos conforme p

| |
|--|
| |
| |
| |

5-1-Data, local e Assinatura
16/3/10/11

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|-----|

100

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



1- Registro AINS 406414 2- Código de Empresa de Emissão 0411011211 3- Data de Autorização 05/10/11 4- Autorizado 8170659 5- Número de Guia Principal 447019 6- Data Validação da Guia 04/10/11 7- Intercâmbio

8- Nome do Beneficiário 00202025297193000037011 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa TELEVISAO NAIPI LTDA 11- Data Validação da Carteira 12- Nome do Titular do plano 13- Nome do Beneficiário CUBILLA

14- Telefone 15- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 16/02/1993 17- Nome do Profissional Solicitante 18- Número no CRO 19- UF 20- Código CBO S 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 22- Nome do Contratado Executante 23- Número no CRO 24- UF 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante 27- Número no CRO 28- UF 29- Código CBO S 30- Data de Realização 31- Motivo da Guia 32- Assinatura

33- Descrição 34- Ace 35- Qtd 36- Quantidade US 37- Valor 38- Franquia/Co-participação R\$ 39- Aut 40- Data de Realização 41- Motivo da Guia 42- Assinatura

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Denominação | 34- Ace | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Guia | 42- Assinatura |
|------------------|----------------------------|-------------------------|-----------------|---------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|--------------------|----------------|
| 1-0101810000310 | | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | 1 | 3,4 | 10,0 | | | | | |
| 2-0101853000047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | 1 | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 3-0101853000047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | 1 | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 4-0101853000047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | 1 | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 5-0101853000047 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | 1 | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 6-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 7-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 8-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 9-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 10-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 11-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 12-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 13-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 14-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |
| 15-0101853000047 | | | | | | | | | | | | |

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

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

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Grupo/ Dentista Solicitante 51- Data, local e Assinatura do Grupo/ Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Assinatura da Empresa 54- Data, local e Assinatura da Empresa 55- Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x



406414 **04/01/21** **05/01/21** **05/01/21** **8171025** **447125**
INTERCÂMBIO

0020213 **POS REDE PRESTADORA** **DENTAL UNI COOPERATIVA** **KARINE BARBOSA DE OLIVEIRA**

ISADORA BARBOSA DE OLIVEIRA SANTOS **02/02/2013** **14-Telefone** **11-Dia Validade da Carteira** **12-Número do Cartão Nacional de Saúde**

16-Atendimento a RM **17-Nome do Profissional Solicitante** **18-Número no CRO** **19-UF** **20-Código CBO S** **025 -**
JHENIFER DA SILVA MARTINS **29859** **PR** **Faturar Empresa**

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF **22-Nome do Contratado Executante** **23-Número no CRO** **24-UF** **25-Código CNES**
009831353986 **JHENIFER DA SILVA MARTINS** **29859** **PR**

26-Nome do Profissional Executante **27-Número no CRO** **28-UF** **29-Código CBO S**
JHENIFER DA SILVA MARTINS **29859** **PR**

| 30-Taboala | 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-Dia de Realização | 41-Método da Clínica | 42-Assinatura |
|------------|---------------------------|-----------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|---------|----------------------|----------------------|---------------|
| 1-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | 16 | 1 | 1 | 4 9 10 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 |
| 2-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | 26 | 1 | 1 | 4 9 10 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 |
| 3-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | 36 | 1 | 1 | 4 9 10 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 |
| 4-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | 46 | 1 | 1 | 4 9 10 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 | 0 0 0 0 |
| 5-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 6-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 7-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 8-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 9-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 10-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 11-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 12-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 13-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 14-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |
| 15-0 | 0 | 8 4 0 0 0 0 7 4 | | | | | | | | | | |

43-Dia Previsto Término do Tratamento **44-Tipo de Atendimento** **45-Tipo de Faturamento** **46-Total Quantidade US** **47-Valor Total R\$** **48-Total Franquia / Co-participação R\$**
00/00/00 **1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência** **1-1-Total 2-Parcial** **1 9 6 10 0** **0 0 0 0**

Declaração: que após ter sido devidamente asseverado 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 **Dra. Jheniffer Martins** **Cirurgiã Dentista** **CRO-PR 29.859** **51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista** **52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável** **53-Dia, local e Carimbo da Empresa** **54-Dia, local e Carimbo da Empresa**

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1- Registro ANS 406414 2- Nome de Emissão da Guia 04/01/2011 3- Data de Autorização 06/01/2011 4- Empresa AUTORIZADO 5- Estabelecimento da Guia Principal 8171034 6- Data Válida da Guia 04/01/2011 7- Número do Cartão Nacional de Saúde 447126 INTERCÂMBIO

8- Número da Carteira 0020253421620000102 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11- Data Válida da Carteira 01/01/11 12- Nome do Bilhar do plano JULIANI CARVALHO MISCEVSKI 13- Nome LEVI CEZARIO DA COSTA JUNIOR 14- Telefone 24/10/1990 15- Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento 24/10/1990 16- Atendimento a RV 17- Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18- Número no CRO 29859 19- UF PR 20- Código CBO S 025 - 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22- Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23- Número no CRO 29859 24- UF PR 25- Código CNES 26- Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27- Número no CRO 29859 28- UF PR 29- Código CBO S 30- Franquia/Co-participação R\$ 31- Aut. 40- Data de Realização 41- Motivo da Causa 42- Observação

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34- Foco | 35- Cid | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut. | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Causa | 42- Observação |
|------------|----------------------------|-------------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|----------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1-0 | 08100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 34,00 | 0,00 | | | 04/01/2011 | por boque | |
| 2-0 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | 04/01/2011 | por boque | |
| 3-0 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | 04/01/2011 | por boque | |
| 4-0 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | 04/01/2011 | por boque | |
| 5-0 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | 04/01/2011 | por boque | |
| 6-0 | | | | | | | | | | | | |
| 7-0 | | | | | | | | | | | | |
| 8-0 | | | | | | | | | | | | |
| 9-0 | | | | | | | | | | | | |
| 10-0 | | | | | | | | | | | | |
| 11-0 | | | | | | | | | | | | |
| 12-0 | | | | | | | | | | | | |
| 13-0 | | | | | | | | | | | | |
| 14-0 | | | | | | | | | | | | |
| 15-0 | | | | | | | | | | | | |

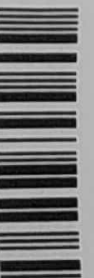
43- Data Final do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantidade US 1178,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

Decido, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Decido, ainda que o(s) procedimento(s) 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. Jheniffer Martins

49- Observação 50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Assinatura do Operador 54- Data, local e Assinatura do Operador 55- Data, local e Assinatura do Operador

56- Data, local e Assinatura do Operador 57- Data, local e Assinatura do Operador 58- Data, local e Assinatura do Operador 59- Data, local e Assinatura do Operador 60- Data, local e Assinatura do Operador

23

447132
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de SaúdeA DUARTE

or Emerald

39-Aut

Slit

2

DISC

11

111

—

111

1111

Total PFSorientações c

1

1000

5116

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



447133
INTERCAMBIO

1-Registro AMS
406414

3-Dia de Emissão de Guia
10/04/2011

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número de Guia Principal
8171039

7-Dia Validação de Santa
10/04/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025340929000001014

9-Filho
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Dia Validação da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VICTOR HUGO FERNANDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Teléfono
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ELISANGELA DA CUNHA DUARTE

16-Alimentação a Rm
JHENIFER DA SILVA MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF
09831353986

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES
29859

26-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO
29859

28-UF
PR

29-Código CBO S
025 -

Pelo Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-DenteRegião | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Ant | 40-Dia de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|---------------------------|----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00 | 81000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 81000014 | CONDICIONAMENTO EM | | 1 | | 70,00 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 84000090 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR | | 1 | | 12,00 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | | | | | | | | | | | | |
| 5-00 | | | | | | | | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Fracionamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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.

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO PR 29.859

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

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Assinatura da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA
SOLTEIRINHA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1266 - CNES 580899

447136
INTERCÂMBIO12. Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
ELISANGELA DA CUNHA DUARTE

Dados do Contralado Responsável pelo Tratamento

187

THE JOURNAL OF THE

ADONIS

025 -

Feature

—

74

1

—

1113037.1

11

—

11

1. JOURNAL A-1

se judu

1

1

ba, local

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



447139
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 10/4/10 1/12/11 4-Data de Autorização 10/7/10 1/12/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8171055 7-Data Validação da Sentença 10/4/10 1/12/11

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/8/2/7/0/8/0/0/0/0/5/4/0/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIA DE FATIMA ARIAS BENITES 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano MARIA DE FATIMA ARIAS BENITES

16-Adesão ao Tratamento 26/05/1999 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/9/8/3/1/3/5/3/9/8/6 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentista Regido | 34-Fraco | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|--|-----------------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|---|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0/0/8/1/0/0/0/0/3/0 | | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 3,4 | 1,0/0 | | | | | |
| 2-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 3-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 4-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 5-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 6-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 7-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 8-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 9-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 10-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 11-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 12-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 13-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 14-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 15-0/0/8/5/3/0/0/0/4/7 | | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 3,6 | 1,0/0 | | | | | |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franchia / Co-participação R\$ | | | | | | | |
| 10/7/10 | 1-1-Tratamento Odontológico | 2-Exame Radiológico | 3-Ortodontia | 4-Urgência/Emergência | 1-1-Total 2-Parcial | 117,8 | 1,0/0 | | | 10,10/0 | | |

Declaração: 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.

Dra. Jhenifer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cópia da Empresa

CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6508999

8842 8402



21

447150
INTERCÂMBIOPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

~~CRO-PR 29 859~~

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHLEIFER LTD.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

98048124

447464
INTERCÂMBIO

12. Ministerio de Cambio Nacional da Saúde.

15-Nome do titular do plano
SERVOLO DE OLIVEIRA SILVA

025 - Estuaries & Embayments

| | |
|------|-----------------|
| ZB-U | 29-Código CBU 5 |
| PR | |

| | | | |
|--------|----------------------|------------------|------------|
| 39-AUT | 40-Costa de Marizção | 41-MORRO DA CRUZ | 42-SPINOSA |
|--------|----------------------|------------------|------------|

Signature: _____

5/10/2019

Subtotal

13/01/21

130121

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

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

[illegible]

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

[illegible]

| | |
|--|------|
| 48- Total Franquia / Co-participação R\$ | 0,00 |
|--|------|

[illegible]

entações do profissional assistente e arcar com os custos previstos na tabela, ao profissional contratado que assina esse documento, os

id, au profesional comitatou que asina vase occultat, ds

1000 JOURNAL OF POST KEYNESIAN ECONOMICS

CLINICAL OODONTICS

SCHENKER LIDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-1

CR0/PR 1206 - CNES 6808

100

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



1-Região ANS 406414 2-Código de Empresa de CUIA 05/01/21 3-Data de Autorização 05/01/21 4-Autorizado 8172024 5-Forma de Pagamento 447469 INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira 002011976 7-Plano POS REDE PRESTADORA 8-Data de Validade da Carteira 05/01/21 9-Número do Cartão Nacional de Saúde 10-Data de Validade da Carteira 05/01/21 11-Número do Cartão Nacional de Saúde 05/01/21

12-Plano POS REDE PRESTADORA 02/01/1976 13-Telefone () 14-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA 15-Nome do titular do plano VANDA SUELI CIUSZ GUDER 16-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO 3 21-Código na Operadora / CNU / CPE 09831353986 22-Nome do Contratado Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO 3 30-Valor 025 - Faturar Empresa

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Clas | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Class | 42-Assinatura |
|---------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|---------|------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0 | 08100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2-0 | 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 3-0 | 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 4-0 | 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 5-0 | 08530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 6-1 | | | | | | | | | | | | |
| 7-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1 | | | | | | | | | | | | |
| 11-1 | | | | | | | | | | | | |
| 12-1 | | | | | | | | | | | | |
| 13-1 | | | | | | | | | | | | |
| 14-1 | | | | | | | | | | | | |
| 15-1 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchisa / Co-participação R\$

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

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

CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1208 - CNES 680392

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 10/5/11 11/2/11 4-Dados de Autorização 10/6/11 11/2/11 5-Sigla de Autorizado AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8172428 7-Dados de Validação da Guia 10/5/11 11/2/11 447635 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/8/2/7/0/8/0/0/0/5/0/7/0/1/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 11-Dados de Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ALEXANDRE MAZARON 14/11/1977 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ALEXANDRE MAZARON

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/9/8/3/1/3/5/3/9/8/6/ 22-Nome do Contratado Excusante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Excusante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aux | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1 | 010 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | 1 | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 3 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 4 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 5 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 6 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 7 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 8 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 9 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 10 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 11 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 12 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 13 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 14 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 15 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 16 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 17 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 18 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 19 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 20 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 21 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 22 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 23 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 24 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 25 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 26 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 27 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 28 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 29 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 30 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 31 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 32 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 33 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 34 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 35 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 36 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 37 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 38 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 39 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 40 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 41 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 42 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 43 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 44 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 45 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 46 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 47 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 48 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 49 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 50 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 51 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 52 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 53 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 54 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 55 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 56 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 57 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 58 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 59 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 60 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 61 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 62 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 63 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 64 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 65 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 66 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 67 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 68 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 69 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 70 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 71 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 72 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 73 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 74 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 75 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 76 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 77 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 78 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 79 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 80 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 81 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 82 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 83 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 84 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 85 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 86 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 87 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 88 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 89 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 90 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 91 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 92 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 93 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 94 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 95 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 96 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 97 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 98 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 99 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 100 | 010 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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.

Assinatura: Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado, local e Carimbo de Empresa

CRO/PR 1206 - CNES 68089995



Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



448237
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Registro ANS
406414 | 10-Data de Emissão da Guia
10/06/2011 | 4-Data de Autorização
10/06/2011 | 5-Será Autorizado
AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal
8174341 | 7-Data Validade da Guia
10/06/2011 |
|------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

| | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|
| 8-Número de Carteira
0002025313000000000101 | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA | 11-Data Validade da Carteira
11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--|--------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|

| | | | |
|--|------------|------------------------------|--|
| 13-Nome
CAROLINA PERPETUO DO NASCIMENTO | 16/02/1978 | 14-Telefone
() - - - - - | 15-Nome do titular do plano
CAROLINA PERPETUO DO NASCIMENTO |
|--|------------|------------------------------|--|

| | | | | |
|---|--|---------------------------|-----------------|---|
| 16-Abandono a RN
N | 17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO
29859 | 19-UF
PR | 20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986 | 22-Nome do Contratado Exatante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO
29859 | 24-UF
PR | 25-Código CNES |
| 26-Nome do Profissional Exatante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 27-Número no CRO
29859 | 28-UF
PR | 29-Código CBO S | |

| 30-Teclada | 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 Guisa | 42-Resumo |
|--|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|-----------|
| 1-00 | 8100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | 1 | 3,40 | 0,00 | | | 10/06/2011 | | |
| 2-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | 10/06/2011 | | |
| 3-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | 10/06/2011 | | |
| 4-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | 10/06/2011 | | |
| 5-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | 10/06/2011 | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | | | | | | | | | | | | |
| 44-Tipo de Atendimento | | | | | | | | | | | | |
| 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | | | | | | | | | | | | |
| 45-Tipo de Faturamento | | | | | | | | | | | | |
| 1-Total 2-Parcial | | | | | | | | | | | | |
| 46-Total Quantidade US | | | | | | | | | | | | |
| 178,00 | | | | | | | | | | | | |
| 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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

| | | | |
|---|---|---|---|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
11/06/2011 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/06/2011 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/06/2011 | 53-Data, local e Contato da Empresa
11/06/2011 |
|---|---|---|---|

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERRER LTDA

CNPJ: 07.738.816/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

2-M



Dados do Beneficiário

13-Name

TO ORDER, CALL 1-800-368-2767

10.91813

1000

000

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

1

•

$$\frac{1}{2}$$
121 1 111143-Data Provisão Treferentes ao tra

1

1

448271
INTERCÂMBIOKARINE BIGATON DOS SANTOS20-Código CBO 5
025 -

25-código CINES
Enviar - RX
 (1) R5100226

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

CLINICAL OBSERVATIONS
 1977-1978
 1979-1980
 1981-1982
 1983-1984
 1985-1986
 1987-1988
 1989-1990
 1991-1992
 1993-1994
 1995-1996
 1997-1998
 1999-2000
 2001-2002
 2003-2004
 2005-2006
 2007-2008
 2009-2010
 2011-2012
 2013-2014
 2015-2016
 2017-2018
 2019-2020
 2021-2022
 2023-2024
 2025-2026
 2027-2028
 2029-2030
 2031-2032
 2033-2034
 2035-2036
 2037-2038
 2039-2040
 2041-2042
 2043-2044
 2045-2046
 2047-2048
 2049-2050
 2051-2052
 2053-2054
 2055-2056
 2057-2058
 2059-2060
 2061-2062
 2063-2064
 2065-2066
 2067-2068
 2069-2070
 2071-2072
 2073-2074
 2075-2076
 2077-2078
 2079-2080
 2081-2082
 2083-2084
 2085-2086
 2087-2088
 2089-2090
 2091-2092
 2093-2094
 2095-2096
 2097-2098
 2099-2100
 2101-2102
 2103-2104
 2105-2106
 2107-2108
 2109-2110
 2111-2112
 2113-2114
 2115-2116
 2117-2118
 2119-2120
 2121-2122
 2123-2124
 2125-2126
 2127-2128
 2129-2130
 2131-2132
 2133-2134
 2135-2136
 2137-2138
 2139-2140
 2141-2142
 2143-2144
 2145-2146
 2147-2148
 2149-2150
 2151-2152
 2153-2154
 2155-2156
 2157-2158
 2159-2160
 2161-2162
 2163-2164
 2165-2166
 2167-2168
 2169-2170
 2171-2172
 2173-2174
 2175-2176
 2177-2178
 2179-2180
 2181-2182
 2183-2184
 2185-2186
 2187-2188
 2189-2190
 2191-2192
 2193-2194
 2195-2196
 2197-2198
 2199-2200
 2201-2202
 2203-2204
 2205-2206
 2207-2208
 2209-2210
 2211-2212
 2213-2214
 2215-2216
 2217-2218
 2219-2220
 2221-2222
 2223-2224
 2225-2226
 2227-2228
 2229-2230
 2231-2232
 2233-2234
 2235-2236
 2237-2238
 2239-2240
 2241-2242
 2243-2244
 2245-2246
 2247-2248
 2249-2250
 2251-2252
 2253-2254
 2255-2256
 2257-2258
 2259-2260
 2261-2262
 2263-2264
 2265-2266
 2267-2268
 2269-2270
 2271-2272
 2273-2274
 2275-2276
 2277-2278
 2279-2280
 2281-2282
 2283-2284
 2285-2286
 2287-2288
 2289-2290
 2291-2292
 2293-2294
 2295-2296
 2297-2298
 2299-2300
 2301-2302
 2303-2304
 2305-2306
 2307-2308
 2309-2310
 2311-2312
 2313-2314
 2315-2316
 2317-2318
 2319-2320
 2321-2322
 2323-2324
 2325-2326
 2327-2328
 2329-2330
 2331-2332
 2333-2334
 2335-2336
 2337-2338
 2339-2340
 2341-2342
 2343-2344
 2345-2346
 2347-2348
 2349-2350
 2351-2352
 2353-2354
 2355-2356
 2357-2358
 2359-2360
 2361-2362
 2363-2364
 2365-2366
 2367-2368
 2369-2370
 2371-2372
 2373-2374
 2375-2376
 2377-2378
 2379-2380
 2381-2382
 2383-2384
 2385-2386
 2387-2388
 2389-2390
 2391-2392
 2393-2394
 2395-2396
 2397-2398
 2399-2400
 2401-2402
 2403-2404
 2405-2406
 2407-2408
 2409-2410
 2411-2412
 2413-2414
 2415-2416
 2417-2418
 2419-2420
 2421-2422
 2423-2424
 2425-2426
 2427-2428
 2429-2430
 2431-2432
 2433-2434
 2435-2436
 2437-2438
 2439-2440
 2441-2442
 2443-2444
 2445-2446
 2447-2448
 2449-2450
 2451-2452
 2453-2454
 2455-2456
 2457-2458
 2459-2460
 2461-2462
 2463-2464
 2465-2466
 2467-2468
 2469-2470
 2471-2472
 2473-2474
 2475-2476
 2477-2478
 2479-2480
 2481-2482
 2483-2484
 2485-2486
 2487-2488
 2489-2490
 2491-2492
 2493-2494
 2495-2496
 2497-2498
 2499-2500
 2501-2502
 2503-2504
 2505-2506
 2507-2508
 2509-2510
 2511-2512
 2513-2514
 2515-2516
 2517-2518
 2519-2520
 2521-2522
 2523-2524
 2525-2526
 2527-2528
 2529-2530
 2531-2532
 2533-2534
 2535-2536
 2537-2538
 2539-2540
 2541-2542
 2543-2544
 2545-2546
 2547-2548
 2549-2550
 2551-2552
 2553-2554
 2555-2556
 2557-2558
 2559-2560

Line Budget / 15/11/2014
CNPJ: 07.738.890/0001-36
CNPJ: 07.738.890/0001-36

3

448419
INTERCÂMBIO

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

25/09/1999

HELLEN VIEIRA SANTANA

JHENIFER DA SILVA MARTINS

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

ARTINS

nto

[illegible]

ento, conforme acima apresentados, aceito(s) com meu consentimento e de forma

Dra. Jennifer Martins

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

52-

höstskär

[illegible]

2.4.1

448598-
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

HELLEN VIEIRA SANTANA

| | |
|-----------------|-------|
| 20-Código CBO S | 025 - |
|-----------------|-------|

25-Código CNES
Enviar - RX
01/95100300

1000

| | | | | |
|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 38-Franquia-Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dato de Realizapio | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|

8. Stellen

[illegible][illegible]

[illegible]

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

| | |
|--------------------|---|
| 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ |
|--------------------|---|

o, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em minha emenda, em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, cuja função seja documentada.

SOHERPR/MDA

CR0/PR 1206 - CNFS 6809

2

448601 INTERCÂMBIO

5000

 Uden |

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

11. 11. 11. 11. 11.

12111111

$$\sqrt{24} = \underline{\hspace{1cm}}$$

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

[illegible][illegible]

—

[illegible]48-Total Franquia / Co-participa[illegible]

UNITED STATES GOVERNMENT

8016155

04/01/1905 - GNTS

2-M



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



448605
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS: 406414
2-Data de Emissão de Guia: 06/10/11
3-Data de Autopagamento: 07/10/11
4-Serviço: AUTORIZADO
5-Número da Guia: 8175481
6-Data de Validade da Guia: 06/10/11

7-Data de Validade da Guia: 06/10/11
8-Data de Validade da Guia: 06/10/11
9-Data de Validade da Guia: 06/10/11
10-Data de Validade da Guia: 06/10/11
11-Data de Validade da Guia: 06/10/11
12-Data de Validade da Guia: 06/10/11

13-Data de Validade da Guia: 06/10/11
14-Data de Validade da Guia: 06/10/11
15-Data de Validade da Guia: 06/10/11
16-Data de Validade da Guia: 06/10/11
17-Data de Validade da Guia: 06/10/11
18-Data de Validade da Guia: 06/10/11

19-Data de Validade da Guia: 06/10/11
20-Data de Validade da Guia: 06/10/11
21-Data de Validade da Guia: 06/10/11
22-Data de Validade da Guia: 06/10/11
23-Data de Validade da Guia: 06/10/11
24-Data de Validade da Guia: 06/10/11

25-Data de Validade da Guia: 06/10/11
26-Data de Validade da Guia: 06/10/11
27-Data de Validade da Guia: 06/10/11
28-Data de Validade da Guia: 06/10/11
29-Data de Validade da Guia: 06/10/11
30-Data de Validade da Guia: 06/10/11

31-Data de Validade da Guia: 06/10/11
32-Data de Validade da Guia: 06/10/11
33-Data de Validade da Guia: 06/10/11
34-Data de Validade da Guia: 06/10/11
35-Data de Validade da Guia: 06/10/11
36-Data de Validade da Guia: 06/10/11

37-Data de Validade da Guia: 06/10/11
38-Data de Validade da Guia: 06/10/11
39-Data de Validade da Guia: 06/10/11
40-Data de Validade da Guia: 06/10/11
41-Data de Validade da Guia: 06/10/11
42-Data de Validade da Guia: 06/10/11

43-Data de Validade da Guia: 06/10/11
44-Data de Validade da Guia: 06/10/11
45-Data de Validade da Guia: 06/10/11
46-Data de Validade da Guia: 06/10/11
47-Data de Validade da Guia: 06/10/11
48-Data de Validade da Guia: 06/10/11

49-Data de Validade da Guia: 06/10/11
50-Data de Validade da Guia: 06/10/11
51-Data de Validade da Guia: 06/10/11
52-Data de Validade da Guia: 06/10/11
53-Data de Validade da Guia: 06/10/11
54-Data de Validade da Guia: 06/10/11

55-Data de Validade da Guia: 06/10/11
56-Data de Validade da Guia: 06/10/11
57-Data de Validade da Guia: 06/10/11
58-Data de Validade da Guia: 06/10/11
59-Data de Validade da Guia: 06/10/11
60-Data de Validade da Guia: 06/10/11

61-Data de Validade da Guia: 06/10/11
62-Data de Validade da Guia: 06/10/11
63-Data de Validade da Guia: 06/10/11
64-Data de Validade da Guia: 06/10/11
65-Data de Validade da Guia: 06/10/11
66-Data de Validade da Guia: 06/10/11

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgia Dentista

PRO-PR 29.85

PRO-PR 29.85

PRO-PR 29.85

PRO-PR 29.85

PRO-PR 29.85

PRO-PR 29.85



Tratamentos para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{av}



| | | | | | |
|------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------|---|--|
| 1-Região ANS
406414 | 3-Dados de Emissão da Guia
10/06/2011/21 | 4-Data de Autocópia
10/07/2011/21 | 6-Sistema
AUTORIZADO | 8-Endereço da Guia Principal
8175956 | 7-Data Validade da Guia
10/06/2014/21 |
|------------------------|---|--------------------------------------|-------------------------|---|--|

| | | | | |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número da Carteira
0002025282708000041201 | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa
FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY | 11-Data Validade da Carteira
/ / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|--|--------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------------------|

| | | | |
|---------------------------------|------------|----------------------|---|
| 13-Nome
GILMAR MACIEL MENDES | 01/03/1978 | 14-Telefone
() - | 15-Nome do titular do plano
GILMAR MACIEL MENDES |
|---------------------------------|------------|----------------------|---|

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | | |
|--------------------------|--|---------------------------|-------------|---|
| 16-Atendimento a RN
N | 17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO
29859 | 19-UF
PR | 20-Código CBO S
025 -
Faturar Empresa |
|--------------------------|--|---------------------------|-------------|---|

| | | | | |
|--|---|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986 | 22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO
29859 | 24-UF
PR | 25-Código CHES |
|--|---|---------------------------|-------------|----------------|

| | | | |
|---|---------------------------|-------------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 27-Número no CRO
29859 | 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-Franchia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Montante da Clínica | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|------------------------|---------------|
| 1-00 | 81000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | 1 | 3,40 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 5-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento
/ / | 44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US
1178,00 | 47-Valor Total R\$
10,00 | 48-Total Franchia / 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.

D^{ta}. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

| | | | |
|--|--|--|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
/ / | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
Jheniffer Martins | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
Jheniffer Martins | 53-Data, local e Carimbo da Empresa
SCHENBERG LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899C |
|--|--|--|--|



2

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

Política do Capitalizado Responder pelo "Calamunio"

[illegible]

| | | | |
|-------|-----------------|------------------|------------------------------------|
| 28-UF | 29-Código CBO S | 30-Número no CRO | 31-Nome do Profissional Escrivante |
|-------|-----------------|------------------|------------------------------------|

| | | | |
|---------------------------|-------|----|--|
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | 29859 | PR | |
|---------------------------|-------|----|--|

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | 31.03.2016 | 30.06.2016 | 30.09.2016 | 30.12.2016 | 31.03.2017 | 30.06.2017 | 30.09.2017 | 30.12.2017 | 31.03.2018 | 30.06.2018 | 30.09.2018 | 30.12.2018 | 31.03.2019 | 30.06.2019 | 30.09.2019 | 30.12.2019 | 31.03.2020 | 30.06.2020 | 30.09.2020 | 30.12.2020 | 31.03.2021 | 30.06.2021 | 30.09.2021 | 30.12.2021 | 31.03.2022 | 30.06.2022 | 30.09.2022 | 30.12.2022 | 31.03.2023 | 30.06.2023 | 30.09.2023 | 30.12.2023 | 31.03.2024 | 30.06.2024 | 30.09.2024 | 30.12.2024 | 31.03.2025 | 30.06.2025 | 30.09.2025 | 30.12.2025 | 31.03.2026 | 30.06.2026 | 30.09.2026 | 30.12.2026 | 31.03.2027 | 30.06.2027 | 30.09.2027 | 30.12.2027 | 31.03.2028 | 30.06.2028 | 30.09.2028 | 30.12.2028 | 31.03.2029 | 30.06.2029 | 30.09.2029 | 30.12.2029 | 31.03.2030 | 30.06.2030 | 30.09.2030 | 30.12.2030 | 31.03.2031 | 30.06.2031 | 30.09.2031 | 30.12.2031 | 31.03.2032 | 30.06.2032 | 30.09.2032 | 30.12.2032 | 31.03.2033 | 30.06.2033 | 30.09.2033 | 30.12.2033 | 31.03.2034 | 30.06.2034 | 30.09.2034 | 30.12.2034 | 31.03.2035 | 30.06.2035 | 30.09.2035 | 30.12.2035 | 31.03.2036 | 30.06.2036 | 30.09.2036 | 30.12.2036 | 31.03.2037 | 30.06.2037 | 30.09.2037 | 30.12.2037 | 31.03.2038 | 30.06.2038 | 30.09.2038 | 30.12.2038 | 31.03.2039 | 30.06.2039 | 30.09.2039 | 30.12.2039 | 31.03.2040 | 30.06.2040 | 30.09.2040 | 30.12.2040 | 31.03.2041 | 30.06.2041 | 30.09.2041 | 30.12.2041 | 31.03.2042 | 30.06.2042 | 30.09.2042 | 30.12.2042 | 31.03.2043 | 30.06.2043 | 30.09.2043 | 30.12.2043 | 31.03.2044 | 30.06.2044 | 30.09.2044 | 30.12.2044 | 31.03.2045 | 30.06.2045 | 30.09.2045 | 30.12.2045 | 31.03.2046 | 30.06.2046 | 30.09.2046 | 30.12.2046 | 31.03.2047 | 30.06.2047 | 30.09.2047 | 30.12.2047 | 31.03.2048 | 30.06.2048 | 30.09.2048 | 30.12.2048 | 31.03.2049 | 30.06.2049 | 30.09.2049 | 30.12.2049 | 31.03.2050 | 30.06.2050 | 30.09.2050 | 30.12.2050 | 31.03.2051 | 30.06.2051 | 30.09.2051 | 30.12.2051 | 31.03.2052 | 30.06.2052 | 30.09.2052 | 30.12.2052 | 31.03.2053 | 30.06.2053 | 30.09.2053 | 30.12.2053 | 31.03.2054 | 30.06.2054 | 30.09.2054 | 30.12.2054 | 31.03.2055 | 30.06.2055 | 30.09.2055 | 30.12.2055 | 31.03.2056 | 30.06.2056 | 30.09.2056 | 30.12.2056 | 31.03.2057 | 30.06.2057 | 30.09.2057 | 30.12.2057 | 31.03.2058 | 30.06.2058 | 30.09.2058 | 30.12.2058 | 31.03.2059 | 30.06.2059 | 30.09.2059 | 30.12.2059 | 31.03.2060 | 30.06.2060 | 30.09.2060 | 30.12.2060 | 31.03.2061 | 30.06.2061 | 30.09.2061 | 30.12.2061 | 31.03.2062 | 30.06.2062 | 30.09.2062 | 30.12.2062 | 31.03.2063 | 30.06.2063 | 30.09.2063 | 30.12.2063 | 31.03.2064 | 30.06.2064 | 30.09.2064 | 30.12.2064 | 31.03.2065 | 30.06.2065 | 30.09.2065 | 30.12.2065 | 31.03.2066 | 30.06.2066 | 30.09.2066 | 30.12.2066 | 31.03.2067 | 30.06.2067 | 30.09.2067 | 30.12.2067 | 31.03.2068 | 30.06.2068 | 30.09.2068 | 30.12.2068 | 31.03.2069 | 30.06.2069 | 30.09.2069 | 30.12.2069 | 31.03.2070 | 30.06.2070 | 30.09.2070 | 30.12.2070 | 31.03.2071 | 30.06.2071 | 30.09.2071 | 30.12.2071 | 31.03.2072 | 30.06.2072 | 30.09.2072 | 30.12.2072 | 31.03.2073 | 30.06.2073 | 30.09.2073 | 30.12.2073 | 31.03.2074 | 30.06.2074 | 30.09.2074 | 30.12.2074 | 31.03.2075 | 30.06.2075 | 30.09.2075 | 30.12.2075 | 31.03.2076 | 30.06.2076 | 30.09.2076 | 30.12.2076 | 31.03.2077 | 30.06.2077 | 30.09.2077 | 30.12.2077 | 31.03.2078 | 30.06.2078 | 30.09.2078 | 30.12.2078 | 31.03.2079 | 30.06.2079 | 30 |
|---|------------|----|
|---|------------|----|

[illegible]

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

[illegible][illegible]

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

[illegible]

| | |
|---|--|
| 43-Oula Prevista Término do Tratamento | |
| 44-Tipo de Atendimento | |
| 45-Tipo de Faturamento | |
| 46-Total Quantidade US | |
| 47-Valor Total R\$ | |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$ | |

[illegible]

Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foliofloram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Diretoria de Atendimento ao Cidadão a executar o tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no plano de tratamento. Deixo, ainda, expressa a minha concordância com o presente termo de compromisso, o qual não poderá ser utilizado para fins de cobrança de honorários, sendo a única finalidade a de comprovar a realização do tratamento.

As despesas no rastreamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgia Dentista

CLINICA ODONTOLÓGICA

| | |
|---|---|
| 5) - Data, local e Assinatura do Dirigente-Dentista Solicitante | |
| CRO-PR 28.860 | 7 |
| 5) - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante | |
| 5) - Data, local e Assinatura da Empresa | |

SCHREIBER LTDA.

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



449383
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 07/01/21 4-Data de Autorização 08/07/1976 5-Santa AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8178578 7-Data Validade da Guia 07/04/21

8-Número da Carteira 00202528270800043101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JANETE BATISTA DA LUZ 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JANETE BATISTA DA LUZ

16-Assinamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 025 - 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S 025 - 30-Franchisa/Co-participação R\$ 31-Aut. 40-Data de Realização 41-Motivo da Guia 42-Assinatura

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34- Face | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franchisa/Co-participação R\$ | 39- Aut. | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Guia | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|--------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|-----------------------------------|----------|------------------------|--------------------|----------------|
| 1- 0 0 | 1 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | 25 | OM | 1 | 8,8 | 10,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 2- 0 0 | 1 8 5 1 0 0 2 0 0 | RESTAURAÇÃO RESINA | 34 | VM | 1 | 8,8 | 10,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 3- 0 0 | 1 8 5 1 0 0 1 9 6 | RESTAURAÇÃO RESINA | 38 | O | 1 | 6,1 | 10,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| 4- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 5- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 6- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 7- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 8- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 9- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 10- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 11- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 12- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 13- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 14- 0 0 | | | | | | | | | | | | |
| 15- 0 0 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 2337100 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchisa / Co-Participação R\$ 0,00

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

CNPJ 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



4-Registro AINS 406414 5-Dados de Emissão de Guia 10/7/01/1/21 6-Data de Autenticação 10/8/01/1/21 7-Sentença AUTORIZADO 8-Termo de Guia Principal 8178673 9-Data Validada da Guia 10/7/01/4/1/21 449409 INTERCÂMBIO

10-Data Validada da Carteira 11-Data Validada da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAULA MICHELLI DA SILVA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano PAULA MICHELLI DA SILVA

16-Alfabetamento a PN N 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-LUF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNEJ / CPF 10/9/83/1/3/5/3/9/8/6 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-LUF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-LUF PR 29-Código CBO S

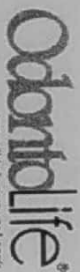
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Régio | 34-Face | 35-Clín | 36-Quantidade US | 37-Válv | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dias de Realização | 41-Montante da Cláusula | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------|----------------|---------|---------|------------------|---------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------|---------------|
| 1-0 | 0 | 8 | 1 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | | | | |
| 2-0 | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | | | |
| 3-0 | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | | | |
| 4-0 | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | | | |
| 5-0 | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7 | | | |
| 6-1 | | | | | | | | | | | | |
| 7-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1 | | | | | | | | | | | | |
| 11-1 | | | | | | | | | | | | |
| 12-1 | | | | | | | | | | | | |
| 13-1 | | | | | | | | | | | | |
| 14-1 | | | | | | | | | | | | |
| 15-1 | | | | | | | | | | | | |

43-Dados Previstos Termino do Tratamento 44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178100 47-Valor Total R\$ 10100 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

54-Dados, local e Assinatura da Empresa 55-Dados, local e Assinatura da Empresa 56-Dados, local e Assinatura da Empresa

57-Dados, local e Assinatura da Empresa 58-Dados, local e Assinatura da Empresa 59-Dados, local e Assinatura da Empresa



Requisição para receb. cont.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS
406414

2-Data de Emissão da Guia
10/7/01/1/21

3-Data de Autodigitação
10/8/01/1/21

4-Sentença
AUTORIZADO

5-Estabelecimento da Guia Principal
8178709

6-Data Validação da Sentença
10/7/01/4/121

449416
INTERCÂMBIO

7-Data do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020253409290000104

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira
1/1/1/1

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
VICTOR HUGO FERNANDES

19/03/2009

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
ELISANGELA DA CUNHA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Affordamento a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CBO / CFP
09831353986

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Número CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO
29859

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-1-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Recusa | 42-Assinatura |
|-------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 16 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 2-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 26 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 3-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 36 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 4-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 46 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 5-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 17 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 6-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 27 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 7-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 37 | 1 | 1 | 49,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 10/01/01 | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE | ELISANGELA DA CUNHA DUARTE |
| 8-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 9-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 10-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 11-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 12-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 13-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 14-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |
| 15-00 | 84000074 | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | | | | | | | | | | |

43-Data Prescrição / Término do Tratamento
44-Tipo de Afordamento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US
1343,00
47-Valor Total R\$
10,00
48-Total Franchia / 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) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR-29.859

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

210



2

449951
INTERCÂMBIO

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

06/06/1989025 - Faturar EmpresaENVIAF - I
(I) 85100200

| | |
|----------|------------|
| 26-07-PR | 23-08-2019 |
|----------|------------|

| 18-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| | | | | |

Step 2: $\frac{1}{2} \times 10 = 5$

[illegible]

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

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

[illegible]

[illegible]

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

—

[illegible]

ntapões do profissional assistente e arcar com os custos previstos em a, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

1000 JOURNAL OF CLIMATE

CLINICA CONTINGENTI

CNPJ: 07.738.896/0001-50

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



450112
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 4-Data de Autorização 10/08/10 5-Sessão AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8181117 7-Data Vencida da Guia 10/08/10 8-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Vencida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANTONIO MARCOS LOPES DOS SANTOS JUNIOR 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS LOPES DOS SANTOS

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX 21-Código na Operadora CBO S 22-Número no CRO 29859 23-Código CBO S 24-UF PR 25-Código CNES 26-UF PR 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S 30-Data de Realização 31-Mostrar as Guias 40-Assinatura

31-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 32-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 33-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 34-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 35-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 36-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 37-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 38-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 39-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 40-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 41-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 42-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Mostrar | 38-Franchising/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Mostrar as Guias 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|------------|------------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------------------|
| 1-00 | 085100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 65 | DOM | 1 | 122,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 2-00 | 085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 75 | OM | 1 | 8,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 3-00 | 085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 85 | OM | 1 | 8,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 4-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 21 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 5-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 6-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 7-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 8-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 9-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 10-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 11-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 12-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 13-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 14-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 15-00 | 085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | 1 | 1 | 6,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

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

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 62-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 63-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 64-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 65-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 66-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 67-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 68-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 69-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 70-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 71-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 72-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 73-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 74-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 75-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 76-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 77-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 78-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 79-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 80-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 81-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 82-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 83-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 84-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 85-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 86-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 87-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 88-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 89-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 90-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 91-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 92-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 93-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 94-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 95-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 96-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 97-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 98-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 99-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 100-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

238

450149
INTERCÂMBIODados do Beneficiário

1153

Medien des Centralblatts

[illegible]21-Código na Operad

2000-2001

Plano de Tratamiento

14101011812-00

11

903

1

—

1

—

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

— — — — —

6

1111referentes ao tratado

1000 JOURNAL OF CLIMATE

231

450153
INTERCDados do Beneficiário

| | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| 13-Nome | LAURA DANTAS DAS NEVES |
| 13/2/2012 | |
| 14-Telefone | () - () |
| 15-Endereço atual do aluno | |
| 16-Nome do titular do plano | ANTONIO MARCOS LOPES DOS SANTOS |

Adesão do Conselho Responsável pelo Tratamento

| | | | | | |
|---------------------|-------------------------------------|------------------|-------|-----------------|--------------------------|
| 16-Alimentação e RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S | 025 -
Faturar Empresa |
| N | JHENIFER DA SILVA MARTINS | 29859 | PR | | |

| | | | | |
|---|---|---------------------------|-------------|----------------|
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF
09831353986 | 22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO
29859 | 24-UF
PR | 25-Código CNES |
|---|---|---------------------------|-------------|----------------|

| | | | |
|--------------------------------------|------------------|-------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Exercentente | 27-Número no CBO | 28-UF | 29-Código CBO S |
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | 29859 | PR | |

Plano de Trabalho / Projeção das Atividades

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34+ ace | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38+ franquias Co-participação ns | 39- Valor | 40- Cotas do Resgate | 41- Intervalo em dias | 42- Valor |
|---------------|----------------------------|-------------------------|------------------|---------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|-----------|----------------------|-----------------------|-----------|
| 0000840000074 | | APLICAÇÃO DE SELANTE DE | 16 | 1 | | 4900 | 0000 | | 508,00 | 0000 | 0000 | 0000 |

[illegible][illegible][illegible]

7.

6. 

[illegible]

15

| 33 Data Previsto Término do Tratamento | 44 Tipo de Atendimento | 45 Tipo de Faturamento | 46 Total Quantificado US | 47 Valor Total R\$ | 48 Total Franquia / Co-participação R\$ |
|--|--|------------------------|--------------------------|--------------------|---|
| 11/11/11 | 14 Tratamento Oculoplástico 2 Exame Refrator 3 Ortopedia 44 Imobiliz/Femoral | 1 Total 2 Parcial | 147000 | 0000 | |

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

| Observação | |
|------------|------------|
| Observação | Observação |

Cirurgia Dentária
CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dado, local e Assinatura do Banfiteiro / Responsável

53-Dado, local e Contato da Empresa

CNPJ: 07.738.896/0001-50

SOFERTEC LTDA.

CRO/PR/1206 - CNES 680896

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

| | |
|----------------------------|-----------------|
| 406414 | 450486 |
| INTERCÂMBIO | |
| 7 Data Vencida da Série | 1 1 1 0 4 1 2 1 |
| 8182245 | |
| 9 Número da Guia Principal | |
| AUTORIZADO | |
| 10 Série | 1 1 1 0 1 1 2 1 |
| 11 Autorização | |
| 12 Data de Emissão da Guia | 1 1 1 0 1 1 2 1 |
| 13 Freqüência RMS | |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Dados do Beneficiário | |
| 8-Número da Carteira | 0 0 1 2 0 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 0 0 2 2 0 1 |
| 9-Plano | POS REDE PRESTADORA |
| 10-Empresa | FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY |
| 11-Dia Validade da Carteira | <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | |

| | |
|--|------------|
| 13- Nome
FABRICIO FERREIRA DELATERRA | 02/02/1979 |
| 14- Telefone
() - | |
| 15- Nome do Sítio do plano
FABRICIO FERREIRA DELATERRA | |

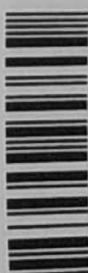
| | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|-----------------|--|--------------------------|--|--|--|
| Dados do Contribuinte (Respostativa pelo Tratamento) | | | | | | | | | |
| 16-Alimentação a R/N | | 17-Nome do Profissional Solicitante | | | | | | | |
| N | | JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | | 22-Nome do Contratado Executante | | | | | | | |
| 0 9 8 3 1 3 5 3 9 8 6 | | JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | |
| 26-Nome do Profissional Executante | | 23-Número no CRO | | 19-UF | | 20-Código CBO S | | | |
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | | 29859 | | PR | | 025 -
Faturar Empresa | | | |
| 27-Número no CRO | | 24-UF | | 25-Código CNES | | | | | |
| 29859 | | PR | | 29-Código CBO S | | | | | |
| 28-UF | | 29-Código CBO S | | | | | | | |
| PR | | | | | | | | | |
| 29859 | | | | | | | | | |

[illegible]

O Observando

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional responsável e a pagar as orientações de custeio previstas no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), fôlham 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dña. Jennifer Martins

[illegible]

242



Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-dentista

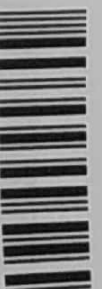
CR0-PR 29.859

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dado, local e Caimbo da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERRER & ASSOCIADOS

CRO/PR 1206 - CNES 6808999



1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 11/10/2011 3-Série 11/10/2011 4-Data de Autorização 12/01/2011 5-Série Autorizado 8182715 6-Número da Guia Principal 8182715 7-Data Vencimento da Série 11/10/2011 450591 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002020511783800074901 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO PARQUE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome FERNANDO MARCOS DE OLIVEIRA 14-1º telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano FERNANDO MARCOS DE OLIVEIRA

16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 31-Índice | 32-Descrição | 33-Dentifregião | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Moeda da Realização | 42-Assinatura |
|----------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|------------------------|---------------|
| 1-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 16 | O | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 2-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 27 | O | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 3-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 28 | O | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 4-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 38 | O | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 5-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 36 | O | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 6-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 24 | D | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 7-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 25 | D | 1 | 6,100 | 10,100 | | | 10/01/2011 | | |
| 8-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 9-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 10-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 11-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 12-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 13-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 14-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |
| 15-00085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | | | | | | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



450649

450649
INTERCÂMBIO

1-Região: **RMS** 2-Cidade de Emissão da Guia: **406414** 3-Cidade de Autorização: **1111011211** 4-Cidade de Autorização: **11211011211** 5-Status: **AUTORIZADO** 6-Forma de Emissão da Guia: **8182919** 7-Data de Validade da Guia: **1111011211** 8-Data de Validade da Guia: **1111011211**

9-Plano: **POS REDE PRESTADORA** 10-Empresa: **COOP CRED INVEST LIVRE ADMI** 11-Data de Validade da Carteira: **1111011211** 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: **450649**

13-Nome: **STEFFANI SCARPATO BOSCHETTI** 14-Telefone: **(11) 3157316992** 15-Nome do titular do plano: **ROSELEI SCARPATO BOSCHETTI**

16-Atendimento a RN: **17-Nome do Profissional Solicitante: JHENIFER DA SILVA MARTINS** 18-Número no CRO: **29859** 19-LF: **PR** 20-Código CBO S: **025**

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: **1109831353986** 22-Nome do Contratado Executante: **JHENIFER DA SILVA MARTINS** 23-Número no CRO: **29859** 24-LF: **PR** 25-Código CHES: **29859**

26-Nome do Profissional Executante: **JHENIFER DA SILVA MARTINS** 27-Número no CRO: **29859** 28-LF: **PR** 29-Código CBO S: **29859**

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Moeda da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|------------------|---------------|
| 1-00 | 081000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 3,40 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 2-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 3-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 4-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 5-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 6-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 7-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 8-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 9-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 10-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 11-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 12-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 13-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 14-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |
| 15-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,60 | 0,00 | | | | | STEFU |

43-Data Prescrição / Término do Tratamento: **1111011211** 44-Tipo de Atendimento: **1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência** 45-Tipo de Tratamento: **1-1-Total 2-Parcial** 46-Total Quantidade US: **178,00** 47-Valor Total R\$: **10,00** 48-Total Franquia / Co-participação R\$: **10,00**

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, compondo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: **Dra. Jheniffer Martins** 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: **29/01/2016** 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **29/01/2016** 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **STEFU** 53-Data, local e Cópia da Empresa: **29/01/2016**

234

450775
INTERCÂMBIO¹² Ministério do Trabalho Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
RAFAELA ARMANDO CACERES

18-Número
2985929829859

1001

cantidad US

850

2

C

[illegible]III

—

—

—

—

[illegible][illegible] $\frac{1}{2}$

—

—

[illegible][illegible]45-Tipo de F0.10de formaMATHtista8592-Data, 100%

915

1888



450968
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|
| 1-Registro ANS
406414 | 3-Data de Emissão da Guia
11/10/11 11/21 | 4-Data de Autorização
11/2/11 01/11/21 | 5-Santa
AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal
8168990 | 7-Data Validade da Santa
11/11/10 14/11/21 |
| 8-Número da Carteira
010210252182701800055901 | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa
FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY | 11-Data Validade da Carteira
11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | |
| 13-Nome
MELISSA RODRIGUES DE SOUZA | 14-Telefone
() - - - - - | 15-Nome do titular do plano
MELISSA RODRIGUES DE SOUZA | 16-Atendimento a RN
N | 17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO
29859 |
| 19-Data do Contratação Responsável pelo Tratamento
19/02/1975 | 20-Código CBO S
025 - | 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
0918313539186 | 22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO
29859 | 24-UF
PR |
| 25-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 26-Número no CRO
29859 | 27-UF
PR | 28-Código CBO S | 29-Valor
025 - | 30-Faturar Empresa |

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Régio | 34- Face | 35- Cid | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-------------------------|-----------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|---------------------|----------------|
| 1-00 | 08100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 5-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|--|------------------------------------|---|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento
11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US
1178,00 | 47-Valor Total R\$
10,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$
10,00 |
|---|---|--|--|------------------------------------|---|

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 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.

Dra. Jheniffer Martins

Clínica Dentista

CRP-PR 29.859

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/11/2011 Jheniffer da Silva Martins | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/11/2011 Jheniffer da Silva Martins | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
13/11/2011 Jheniffer da Silva Martins | 53-Data, local e Cartão da Empresa
13/11/2011 Jheniffer da Silva Martins | 54-Data, local e Cartão da Empresa
13/11/2011 Jheniffer da Silva Martins |
|---|---|---|--|--|

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHENKER LTDA.

CRP/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



451110
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS

406414

2-Forma de Emissão da Guia

3-Série

4-Autorizado

5-Data Validade da Série

6-Data Validade da Guia Principal

7-Data Validade da Guia

8-Número da Carteira

9-Plano

10-Empresa

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

14-Teléfono

15-Nome do titular do plano

16-Nome do Profissional Solicitante

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Nome do Profissional Solicitante

19-Nome do Profissional Solicitante

20-Código CBO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Específico

23-Nome do Contratado Específico

24-Nome do Contratado Específico

25-Nome do Contratado Específico

26-Nome do Contratado Específico

27-Nome do Contratado Específico

28-Nome do Contratado Específico

29-Nome do Contratado Específico

30-Data

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Quantidade

34-Valor

35-Franchisa/Co-participação R\$

36-Data

37-Código do Procedimento

38-Descrição

39-Quantidade

40-Valor

41-Franchisa/Co-participação R\$

42-Data

43-Código do Procedimento

44-Descrição

45-Quantidade

46-Valor

47-Franchisa/Co-participação R\$

48-Data

49-Código do Procedimento

50-Descrição

51-Quantidade

52-Valor

53-Franchisa/Co-participação R\$

54-Data

55-Código do Procedimento

56-Descrição

57-Quantidade

58-Valor

59-Franchisa/Co-participação R\$

60-Data

61-Código do Procedimento

62-Descrição

63-Quantidade

64-Valor

65-Franchisa/Co-participação R\$

66-Data

67-Código do Procedimento

68-Descrição

69-Quantidade

70-Valor

71-Franchisa/Co-participação R\$

72-Data

73-Código do Procedimento

74-Descrição

75-Quantidade

76-Valor

77-Franchisa/Co-participação R\$

78-Data

79-Código do Procedimento

80-Descrição

81-Quantidade

82-Valor

83-Franchisa/Co-participação R\$

84-Data

85-Código do Procedimento

86-Descrição

87-Quantidade

88-Valor

89-Franchisa/Co-participação R\$

90-Data

91-Código do Procedimento

92-Descrição

93-Quantidade

94-Valor

95-Franchisa/Co-participação R\$

96-Data

97-Código do Procedimento

98-Descrição

99-Quantidade

100-Valor

101-Franchisa/Co-participação R\$

102-Data

103-Código do Procedimento

104-Descrição

105-Quantidade

106-Valor

107-Franchisa/Co-participação R\$

108-Data

109-Código do Procedimento

110-Descrição

111-Quantidade

112-Valor

113-Franchisa/Co-participação R\$

114-Data

115-Código do Procedimento

116-Descrição

117-Quantidade

118-Valor

119-Franchisa/Co-participação R\$

120-Data

121-Código do Procedimento

122-Descrição

123-Quantidade

124-Valor

125-Franchisa/Co-participação R\$

126-Data

127-Código do Procedimento

128-Descrição

129-Quantidade

130-Valor

131-Franchisa/Co-participação R\$

132-Data

133-Código do Procedimento

134-Descrição

135-Quantidade

136-Valor

137-Franchisa/Co-participação R\$

138-Data

139-Código do Procedimento

140-Descrição

141-Quantidade

142-Valor

143-Franchisa/Co-participação R\$

144-Data

145-Código do Procedimento

146-Descrição

147-Quantidade

148-Valor

149-Franchisa/Co-participação R\$

150-Data

151-Código do Procedimento

152-Descrição

153-Quantidade

154-Valor

155-Franchisa/Co-participação R\$

156-Data

157-Código do Procedimento

158-Descrição

159-Quantidade

160-Valor

161-Franchisa/Co-participação R\$

162-Data

163-Código do Procedimento

164-Descrição

165-Quantidade

166-Valor

167-Franchisa/Co-participação R\$

168-Data

169-Código do Procedimento

170-Descrição

171-Quantidade

172-Valor

173-Franchisa/Co-participação R\$

2-N⁺

451689

CV

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro ABO 406414 2-Data de Emissão da Guia 13/01/21 3-Data de Autorização 13/01/21 4-Data de Autorização AUTORIZADO 5-Data de Emissão da Guia Principal 8/9/1031 6-Data Válida da Guia 13/01/21 7-Data Válida da Guia 13/01/21 8-Data Válida da Guia 13/01/21 9-Data Válida da Guia 13/01/21 10-Data Válida da Guia 13/01/21 11-Data Válida da Guia 13/01/21 12-Data Válida da Guia 13/01/21 13-Data Válida da Guia 13/01/21 14-Data Válida da Guia 13/01/21 15-Data Válida da Guia 13/01/21 16-Data Válida da Guia 13/01/21 17-Data Válida da Guia 13/01/21 18-Data Válida da Guia 13/01/21 19-Data Válida da Guia 13/01/21 20-Data Válida da Guia 13/01/21 21-Data Válida da Guia 13/01/21 22-Data Válida da Guia 13/01/21 23-Data Válida da Guia 13/01/21 24-Data Válida da Guia 13/01/21 25-Data Válida da Guia 13/01/21 26-Data Válida da Guia 13/01/21 27-Data Válida da Guia 13/01/21 28-Data Válida da Guia 13/01/21 29-Data Válida da Guia 13/01/21 30-Data Válida da Guia 13/01/21 31-Data Válida da Guia 13/01/21 32-Data Válida da Guia 13/01/21 33-Data Válida da Guia 13/01/21 34-Data Válida da Guia 13/01/21 35-Data Válida da Guia 13/01/21 36-Data Válida da Guia 13/01/21 37-Data Válida da Guia 13/01/21 38-Data Válida da Guia 13/01/21 39-Data Válida da Guia 13/01/21 40-Data Válida da Guia 13/01/21 41-Data Válida da Guia 13/01/21 42-Data Válida da Guia 13/01/21 43-Data Válida da Guia 13/01/21 44-Data Válida da Guia 13/01/21 45-Data Válida da Guia 13/01/21 46-Data Válida da Guia 13/01/21 47-Data Válida da Guia 13/01/21 48-Data Válida da Guia 13/01/21 49-Data Válida da Guia 13/01/21 50-Data Válida da Guia 13/01/21 51-Data Válida da Guia 13/01/21 52-Data Válida da Guia 13/01/21 53-Data Válida da Guia 13/01/21 54-Data Válida da Guia 13/01/21 55-Data Válida da Guia 13/01/21 56-Data Válida da Guia 13/01/21 57-Data Válida da Guia 13/01/21 58-Data Válida da Guia 13/01/21 59-Data Válida da Guia 13/01/21 60-Data Válida da Guia 13/01/21 61-Data Válida da Guia 13/01/21 62-Data Válida da Guia 13/01/21 63-Data Válida da Guia 13/01/21 64-Data Válida da Guia 13/01/21 65-Data Válida da Guia 13/01/21 66-Data Válida da Guia 13/01/21 67-Data Válida da Guia 13/01/21 68-Data Válida da Guia 13/01/21 69-Data Válida da Guia 13/01/21 70-Data Válida da Guia 13/01/21 71-Data Válida da Guia 13/01/21 72-Data Válida da Guia 13/01/21 73-Data Válida da Guia 13/01/21 74-Data Válida da Guia 13/01/21 75-Data Válida da Guia 13/01/21 76-Data Válida da Guia 13/01/21 77-Data Válida da Guia 13/01/21 78-Data Válida da Guia 13/01/21 79-Data Válida da Guia 13/01/21 80-Data Válida da Guia 13/01/21 81-Data Válida da Guia 13/01/21 82-Data Válida da Guia 13/01/21 83-Data Válida da Guia 13/01/21 84-Data Válida da Guia 13/01/21 85-Data Válida da Guia 13/01/21 86-Data Válida da Guia 13/01/21 87-Data Válida da Guia 13/01/21 88-Data Válida da Guia 13/01/21 89-Data Válida da Guia 13/01/21 90-Data Válida da Guia 13/01/21 91-Data Válida da Guia 13/01/21 92-Data Válida da Guia 13/01/21 93-Data Válida da Guia 13/01/21 94-Data Válida da Guia 13/01/21 95-Data Válida da Guia 13/01/21 96-Data Válida da Guia 13/01/21 97-Data Válida da Guia 13/01/21 98-Data Válida da Guia 13/01/21 99-Data Válida da Guia 13/01/21 100-Data Válida da Guia 13/01/21

13-Plano POS REDE PRESTADORA 19/07/1990 14-Telefone 15-Data Válida da Guia 13/01/21 16-Data Válida da Guia 13/01/21 17-Data Válida da Guia 13/01/21 18-Data Válida da Guia 13/01/21 19-Data Válida da Guia 13/01/21 20-Data Válida da Guia 13/01/21 21-Data Válida da Guia 13/01/21 22-Data Válida da Guia 13/01/21 23-Data Válida da Guia 13/01/21 24-Data Válida da Guia 13/01/21 25-Data Válida da Guia 13/01/21 26-Data Válida da Guia 13/01/21 27-Data Válida da Guia 13/01/21 28-Data Válida da Guia 13/01/21 29-Data Válida da Guia 13/01/21 30-Data Válida da Guia 13/01/21 31-Data Válida da Guia 13/01/21 32-Data Válida da Guia 13/01/21 33-Data Válida da Guia 13/01/21 34-Data Válida da Guia 13/01/21 35-Data Válida da Guia 13/01/21 36-Data Válida da Guia 13/01/21 37-Data Válida da Guia 13/01/21 38-Data Válida da Guia 13/01/21 39-Data Válida da Guia 13/01/21 40-Data Válida da Guia 13/01/21 41-Data Válida da Guia 13/01/21 42-Data Válida da Guia 13/01/21 43-Data Válida da Guia 13/01/21 44-Data Válida da Guia 13/01/21 45-Data Válida da Guia 13/01/21 46-Data Válida da Guia 13/01/21 47-Data Válida da Guia 13/01/21 48-Data Válida da Guia 13/01/21 49-Data Válida da Guia 13/01/21 50-Data Válida da Guia 13/01/21 51-Data Válida da Guia 13/01/21 52-Data Válida da Guia 13/01/21 53-Data Válida da Guia 13/01/21 54-Data Válida da Guia 13/01/21 55-Data Válida da Guia 13/01/21 56-Data Válida da Guia 13/01/21 57-Data Válida da Guia 13/01/21 58-Data Válida da Guia 13/01/21 59-Data Válida da Guia 13/01/21 60-Data Válida da Guia 13/01/21 61-Data Válida da Guia 13/01/21 62-Data Válida da Guia 13/01/21 63-Data Válida da Guia 13/01/21 64-Data Válida da Guia 13/01/21 65-Data Válida da Guia 13/01/21 66-Data Válida da Guia 13/01/21 67-Data Válida da Guia 13/01/21 68-Data Válida da Guia 13/01/21 69-Data Válida da Guia 13/01/21 70-Data Válida da Guia 13/01/21 71-Data Válida da Guia 13/01/21 72-Data Válida da Guia 13/01/21 73-Data Válida da Guia 13/01/21 74-Data Válida da Guia 13/01/21 75-Data Válida da Guia 13/01/21 76-Data Válida da Guia 13/01/21 77-Data Válida da Guia 13/01/21 78-Data Válida da Guia 13/01/21 79-Data Válida da Guia 13/01/21 80-Data Válida da Guia 13/01/21 81-Data Válida da Guia 13/01/21 82-Data Válida da Guia 13/01/21 83-Data Válida da Guia 13/01/21 84-Data Válida da Guia 13/01/21 85-Data Válida da Guia 13/01/21 86-Data Válida da Guia 13/01/21 87-Data Válida da Guia 13/01/21 88-Data Válida da Guia 13/01/21 89-Data Válida da Guia 13/01/21 90-Data Válida da Guia 13/01/21 91-Data Válida da Guia 13/01/21 92-Data Válida da Guia 13/01/21 93-Data Válida da Guia 13/01/21 94-Data Válida da Guia 13/01/21 95-Data Válida da Guia 13/01/21 96-Data Válida da Guia 13/01/21 97-Data Válida da Guia 13/01/21 98-Data Válida da Guia 13/01/21 99-Data Válida da Guia 13/01/21 100-Data Válida da Guia 13/01/21

16-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 17-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 19-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 20-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 21-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 22-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 24-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 25-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 26-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 28-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 29-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 30-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 31-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 32-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 33-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 34-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 35-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 36-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 37-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 38-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 39-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 40-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 41-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 42-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 43-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 44-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 45-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 46-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 47-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 48-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 49-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 50-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 51-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 52-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 53-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 54-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 55-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 56-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 57-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 58-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 59-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 60-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 61-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 62-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 63-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 64-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 65-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 66-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 67-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 68-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 69-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 70-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 71-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 72-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 73-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 74-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 75-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 76-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 77-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 78-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 79-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 80-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 81-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 82-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 83-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 84-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 85-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 86-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 87-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 88-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 89-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 90-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 91-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 92-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 93-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 94-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 95-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 96-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 97-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 98-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 99-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS 100-Atendimento a RN JHENIFER DA SILVA MARTINS

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentista/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|--------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-00 | 081000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 3,4 | 10,0 | | | | | |
| 2-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 3-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 4-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 5-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | | 3,6 | 10,0 | | | | | |
| 6-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 7-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 8-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 9-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 10-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 11-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 12-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 13-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 14-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |
| 15-00 | 085300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | | | | | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantizado US 178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Grupo-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Grupo-Operadora 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa 54-Data, local e Assinatura da Empresa 55-Data, local e Assinatura da Empresa 56-Data, local e Assinatura da Empresa 57-Data, local e Assinatura da Empresa 58-Data, local e Assinatura da Empresa 59-Data, local e Assinatura da Empresa 60-Data, local e Assinatura da Empresa 61-Data, local e Assinatura da Empresa 62-Data, local e Assinatura da Empresa 63-Data, local e Assinatura da Empresa 64-Data, local e Assinatura da Empresa 65-Data, local e Assinatura da Empresa 66-Data, local e Assinatura da Empresa 67-Data, local e Assinatura da Empresa 68-Data, local e Assinatura da Empresa 69-Data, local e Assinatura da Empresa 70-Data, local e Assinatura da Empresa 71-Data, local e Assinatura da Empresa 72-Data, local e Assinatura da Empresa 73-Data, local e Assinatura da Empresa 74-Data, local e Assinatura da Empresa 75-Data, local e Assinatura da Empresa 76-Data, local e Assinatura da Empresa 77-Data, local e Assinatura da Empresa 78-Data, local e Assinatura da Empresa 79-Data, local e Assinatura da Empresa 80-Data, local e Assinatura da Empresa 81-Data, local e Assinatura da Empresa 82-Data, local e Assinatura da Empresa 83-Data, local e Assinatura da Empresa 84-Data, local e Assinatura da Empresa 85-Data, local e Assinatura da Empresa 86-Data, local e Assinatura da Empresa 87-Data, local e Assinatura da Empresa 88-Data, local e Assinatura da Empresa 89-Data, local e Assinatura da Empresa 90-Data, local e Assinatura da Empresa 91-Data, local e Assinatura da Empresa 92-Data, local e Assinatura da Empresa 93-Data, local e Assinatura da Empresa 94-Data, local e Assinatura da Empresa 95-Data, local e Assinatura da Empresa 96-Data, local e Assinatura da Empresa 97-Data, local e Assinatura da Empresa 98-Data, local e Assinatura da Empresa 99-Data, local e Assinatura da Empresa 100-Data, local e Assinatura da Empresa

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro ANS 406414 2-Cópia do Emissão da Guia 13/10/11 3-Cópia de Autoproteção 13/10/11 4-Exame AUTORIZADO 8191594 5-Fórmula de Saúde Principal 452836 6-Cópia Validada da Guia 13/10/11 7-Data Validada da Guia 13/10/11 8-Intercâmbio

8-Número da Carteira 10020252827080001185011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 14/01/1984 10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 11-Data Validada da Carteira 13/10/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CRISTINA RIBEIRO DOS SANTOS 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 1098313539816 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Fanco | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Doença | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|----------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|---------------------|---------------|
| 1-00 | 81000065 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 5-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

43-Cópia Previsto Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1178,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Mês de Anos 406414 3-Dados de Emissão da Guia 14/01/2011 4-Dados de Autorização 14/01/2011 5-Serina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8195742 7-Dados Variáveis da Serina 14/01/2011 453739 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025340900000001004 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dados Válidos da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VICTOR HUGO FERNANDES 14-Telefone 19/03/2009 15-Nome do titular do plano ELISANGELA DA CUNHA DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Rengão | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dados de Realização | 41-Motivo da Causa | 42-Assinatura |
|---------------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|------------------------|--------------------|---------------|
| 1-00085100196 | | RESTAURAÇÃO RESINA | 47 | 0 | 1 | 61,00 | 0,00 | 0,00 | | SILVIA ALMEIDA | | Bider |
| 2- | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

43-Dados Finais do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 61,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação 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. Dra. Jheniffer Martins

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Responsável 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 53-Dados, local e Contato da Empresa

CLÍNICA ODONTOLÓGICA CAMPESINHA LTDA CNPJ: 07.738.894/0001-50 CRO/PR 1206 CNIS 6808999

2-NF

Dados do Beneficiário[illegible]Dúvidas do Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | | | |
|------------------------|---|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|
| 16-Adendo(s) a RN
N | 17-Nome do Profissional Solicita
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO
29859 | 19-UF
PR | 20-Código CBO's | 025 -
Faturar Empresa |
|------------------------|---|---------------------------|-------------|-----------------|--------------------------|

| | |
|------------------------------------|---------------------------|
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF | 09831353986 |
| 22-Nome do Contratado Executante | JHENIFER DA SILVA MARTINS |
| 23-Número no CRO | 29859 |
| 24-UF | PR |
| 25-Código CNES | |

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------|-------|-----------------|
| 26-Nome do Profissional Exercente | 27-Alíquota no CRO | 28-Uf | 29-Código CBO S |
| JHENIFER DA SILVA MARTINS | 29859 | PR | |

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

| | |
|-----------|---------------------------|
| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento |
|-----------|---------------------------|

1-10108110101010

2.10.10.118.15.13.10.10.10

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

[illegible]

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 | 0 | 0 | 8 | 5 | 3 | 0 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

5-10 10 11 8 15 13 10 10 10

—

[illegible]

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

—

1

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]12

—

811

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

15A3 Data Brasileira Trabalho de TestamentoDeclaro que no soy ni he sido deudora.

contrato. Declaro, ainda que o(s) p

49. Obermayer, R.

10

1000 JOURNAL OF CLIMATE

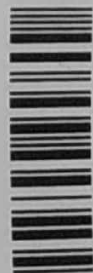
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-D

UML

453744
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



454408
INTERCÂMBIO

1-Região ANS
406414

3-Código de Emissão da Guia
1 5 / 1 0 / 1 / 2 1

4-Dia de Autorização
1 8 / 1 0 / 1 / 2 1

5-Santa
AUTORIZADO

6-Numero da Guia Principal
8198883

7-Código Validado da Santa
1 5 / 1 0 / 4 / 2 1

8-Numero da Carteira

10-0202520648700038504

9-Paço
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
EXTRAMED ADMINISTRACAO E

11-Dia Validado da Carteira

12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARIANA RAMOS LIED

02/07/2011

14-Telefone
(45) 3 0 2 9 1 9 7 4 4

15-Nome do titular do plano
THIAGO BORGES LIED

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização e RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Numero no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNP / CPF
09831353986

22-Nome do Contratado Exccitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Numero no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Exccitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Numero no CRO
29859

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-DentistaRegião | 34-Face | 35-Cmd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|-------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|-------------------|---------------|
| 1 | 0085100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 85 | 0 | 1 | 61,00 | 0,00 | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

43-Dia Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-Totál 2-Parcial

46-Totál Quantidade US
61,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Totál 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.

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

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

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Carimbo da Empresa

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6808999

247

454520
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
PAULA MICHELLI DA SILVA

Faturar Empresa

(I) 85100218

91700169 (1)

39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Standards for Living

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

—

[illegible]

—

1000

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

||
||
||
||
||
||
||
||
||
||

[illegible]

entia ao profissional contratado que assina esse documento, os valores e alíquotas de impostos e encargos sociais e o valor das despesas com materiais e serviços necessários para a execução da obra, bem como o valor das despesas com transporte e hospedagem, quando aplicável.

CHITTING

[illegible]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



454704
INTERCÂMBIO

454704

AUTORIZADO

8199985

11/05/2014

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

010202529056300002003

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA

11-Dados Validação da Carteira

11/05/2014

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome

MAURICIO TELES DA SILVA

01/04/1997

14-Telefone

() - - - - -

15-Nome do titular do plano

MARILEUSA DE FREIRE ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO

29859

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

09831353986

22-Nome do Contratado Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO

29859

24-UF

PR

25-Código CNES

26-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO

29859

28-UF

PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34- Fases | 35- Cid | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Cop-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Modo da Glória | 42- Assinatura |
|--|----------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------|--|-------------------|-----------|-----------------------------------|---------|------------------------|--------------------|----------------|
| 1-00 | 8100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 5-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 6-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 7-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 8-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 9-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 10-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 11-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 12-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 13-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 14-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 15-00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Cop-participação R\$ | | | | | | | |
| 11/05/2014 | 1-Atendimento | 1-Total 2-Parcial | 1178,00 | 0,00 | | | | | | | | |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

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

11/05/2014 Jheniffer Martins

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/05/2014 Mauricio Teles

53-Data, local e Cartão da Empresa

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CNPJ: 07.738.896/0001-50

6926215



2

2

Dados do Beneficiário13-Nome

Dúvidas do Controlado Responsável pelo Tratamento

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF25-Nome do Profissional ExecutantePlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados110101181101010[illegible]4-10101815131010

1. *Journal of Management Studies*, 1997, 34, 1, 1-14.

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

9

1. *Journal of the American Medical Association*, 283, 26, 3300-3306 (2000).

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

1000

Declaro que no soy ni he sido devid49-Observação

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

230

455484
INTERCÂMBIO12. Número do Cartão Nacional de Saúde.

15-Nome do titular do plano
ELIANE PEREIRA BERTE

1000

| | | |
|-----------------|-------|--------|
| 20-Código C80 S | 025 - | Fatura |
|-----------------|-------|--------|

25-Código CNES29-Código CBO S

38.Franquilha/Co-participação R\$

00

00

[illegible]

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

[illegible]

11

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

1. *Introduction*

11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847

| | |
|---------|--------------|
| 47000 | 47 - Valor T |
| made US | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 7 | 1 | 8 | 1 | 0 | 0 |
|---|---|---|---|---|---|

a pagar em meu nome e por minha

| | |
|--|----------------|
| | SS-Data, local |
|--|----------------|

W. P. Butts 12/21

244

457229
INTERCÂMBIO

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

1710

Executante
A SILVA MARTINS

100

| | 33-Dente/Região | 34-F |
|------------|-----------------|------|
| A DE FLUÓR | | |

— [] —

— []

| | |
|---|---|
| | |
| [| [|
| F | F |

—

— [] —

| | |
|---|---|
| | |
| [| [|
| [| [|

1133

— [] —

1000

tos e alternativas de tratamento, conforme o sinado(s), foi/foram realizado(s) com o

Dr. J. H.

CRC

| |
|--------|
| 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 | 2100 | 2101 | 2102 | 2103 | 2104 | 2105 | 2106 | 2107 | 2108 | 2109 | 2110 | 2111 | 2112 | 2113 | 2114 | 2115 | 2116 | 2117 | 2118 | 2119 | 2120 | 2121 | 2122 | 2123 | 2124 | 2125 | 2126 | 2127 | 2128 | 2129 | 2130 | 2131 | 2132 | 2133 | 2134 | 2135 | 2136 | 2137 | 2138 | 2139 | 2140 | 2141 | 2142 | 2143 | 2144 | 2145 | 2146 | 2147 | 2148 | 2149 | 2150 | 2151 | 2152 | 2153 | 2154 | 2155 | 2156 | 2157 | 2158 | 2159 | 2160 | 2161 | 2162 | 2163 | 2164 | 2165 | 2166 | 2167 | 2168 | 2169 | 2170 | 2171 | 2172 | 2173 | 2174 | 2175 | 2176 | 2177 | 2178 | 2179 | 2180 | 2181 | 2182 | 2183 | 2184 | 2185 | 2186 | 2187 | 2188 | 2189 | 2190 | 2191 | 2192 | 2193 | 2194 | 2195 | 2196 | 2197 | 2198 | 2199 | 2200 | 2201 | 2202 | 2203 | 2204 | 2205 | 2206 | 2207 | 2208 | 2209 | 2210 | 2211 | 2212 | 2213 | 2214 | 2215 | 2216 | 2217 | 2218 | 2219 | 2220 | 2221 | 2222 | 2223 | 2224 | 2225 | 2226 | 2227 | 2228 | 2229 | 2230 | 2231 | 2232 | 2233 | 2234 | 2235 | 2236 | 2237 | 2238 | 2239 | 2240 | 2241 | 2242 | 2243 | 2244 | 2245 | 2246 | 2247 | 2248 | 2249 | 2250 | 2251 | 2252 | 2253 | 2254 | 2255 | 2256 | 2257 | 2258 | 2259 | 2260 | 2261 | 2262 | 2263 | 2264 | 2265 | 2266 | 2267 | 2268 | 2269 | 2270 | 2271 | 2272 | 2273 | 2274 | 2275 | 2276 | 2277 | 2278 | 2279 | 2280 | 2281 | 2282 | 2283 | 2284 | 2285 | 2286 | 2287 | 2288 | 2289 | 2290 | 2291 | 2292 | 2293 | 2294 | 2295 | 2296 | 2297 | 2298 | 2299 | 2300 | 2301 | 2302 | 2303 | 2304 | 2305 | 2306 | 2307 | 2308 | 2309 | 2310 | 2311 | 2312 | 2313 | 2314 | 2315 | 2316 | 2317 | 2318 | 2319 | 2320 | 2321 | 2322 | 2323 | 2324 | 2325 | 2326 | 2327 | 2328 | 2329 | 2330 | 2331 | 2332 | 2333 | 2334 | 2335 | 2336 | 2337 | 2338 | 2339 | 2340 | 2341 | 2342 | 2343 | 2344 | 2345 | 2346 | 2347 | 2348 | 2349 | 2350 | 2351 | 2352 | 2353 | 2354 | 2355 | 2356 | 2357 | 2358 | 2359 | 2360 | 2361 | 2362 | 2363 | 2364 | 2365 | 2366 | 2367 | 2368 | 2369 | 2370 | 2371 | 2372 | 2373 | 2374 | 2375 | 2376 | 2377 | 2378 | 2379 | 2380 | 2381 | 2382 | 2383 | 2384 | 2385 | 2386 | 2387 | 2388 | 2389 | 2390 | 2391 | 2392 | 2393 | 2394 | 2395 | 2396 | 2397 | 2398 | 2399 | 2400 | 2401 | 2402 | 2403 | 2404 | 2405 | 2406 | 2407 | 2408</ |
|--------|

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



457382
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/01/21 4-Dia de Autorização 12/01/21 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8211584 7-Dia Validade da Sentença 11/01/21

8-Número da Carteira 0102025346950000000101 9-Filho POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Dia Validade da Carteira 11/01/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAULA MICHELLI DA SILVA 20/03/1991 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PAULA MICHELLI DA SILVA

União do Colômbio Respostas pelo Tratamento 16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNU / CPF 1019831353986 22-Nome do Contratado Excitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES (1) 85100200

26-Nome do Profissional Excitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-DentiRegião | 34-Faixa | 35-Cuid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Dia de Realização | 41-Motivo da Causa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|--------------------|----------------|----------|---------|------------------|----------|---------------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------|
| 1-0 | 0851002010 | RESTAURAÇÃO RESINA | 24 | OD | 1 | 88,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | Paula |
| 2- | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 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
Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859
50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
53-Dia, local e Assinatura da Empresa
CNPJ: 07.738.896/0001-51
CRO/PR 1206 - CNES 68085

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



458034
INTERCÂMBIO

406414

2 0 1 0 1 1 2 1

2 2 1 0 1 1 2 1

AUTORIZADO

8212158

2 0 1 0 4 1 2 1

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

0 0 2 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 0 0 1 0 1

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

11-Dia Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

SILMARA SANTOS GASPAR

02/10/1966

14-Telefone

(4 5 1) 3 5 2 4 1 7 5 4

15-Nome do titular do plano

SILMARA SANTOS GASPAR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV

17-Nome do Profissional Solicitante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

0 9 8 3 1 3 5 3 9 8 6

22-Nome do Contratado Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

26-Nome do Profissional Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO

29859

28-UF

PR

29-Código CBO S

29859

30-Franchisa/Co-participação R\$

025 -

31-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Motivo da Glória

42-Assinatura

32-Descrição

33-Dentista/Região

34-F-300

35-Cid

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aut

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



458045
INTERCAMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/2011 4-Data de Autorização 12/01/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8212200 7-Data Validade da Guia 12/01/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202529843800001703 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TV CATARATAS LTDA 11-Data Validade da Carteira 12/01/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DAVID PATRICK POMBAL 28/02/1983 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FABIANA ARFELLI MARTINI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Autorização a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 0185100200 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 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-Clín | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Valor |
|-----------|---------------------------|--------------------|-----------------|---------|---------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|----------|
| 1-0 | 085100200 | RESTAURAÇÃO RESINA | 36 | OD | 1 | 88,00 | 0,00 | | | 20/01/2011 | | |
| 2-1 | | | | | | | | | | | | |
| 3-1 | | | | | | | | | | | | |
| 4-1 | | | | | | | | | | | | |
| 5-1 | | | | | | | | | | | | |
| 6-1 | | | | | | | | | | | | |
| 7-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1 | | | | | | | | | | | | |
| 11-1 | | | | | | | | | | | | |
| 12-1 | | | | | | | | | | | | |
| 13-1 | | | | | | | | | | | | |
| 14-1 | | | | | | | | | | | | |
| 15-1 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 88,00 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) em nome 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
Cirurgia Dentista
CRO-PR 29.859

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

CNPJ: 02.738.854/0001-50
CRO/PR 2004 CRO-PR 6507697

1



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



458158
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

2-Endereço do Consultório

3-Autorização

4-Endereço da Guia

5-Endereço da Empresa

6-Endereço do Beneficiário

7-Endereço do Plano

8-Endereço do Plano

9-Endereço do Plano

10-Endereço do Plano

11-Endereço do Plano

12-Endereço do Plano

13-Endereço do Plano

14-Endereço do Plano

15-Endereço do Plano

16-Endereço do Plano

17-Endereço do Plano

18-Endereço do Plano

19-Endereço do Plano

20-Endereço do Plano

21-Endereço do Plano

22-Endereço do Plano

23-Endereço do Plano

24-Endereço do Plano

25-Endereço do Plano

26-Endereço do Plano

27-Endereço do Plano

28-Endereço do Plano

29-Endereço do Plano

30-Endereço do Plano

31-Endereço do Plano

32-Endereço do Plano

33-Endereço do Plano

34-Endereço do Plano

35-Endereço do Plano

36-Endereço do Plano

37-Endereço do Plano

38-Endereço do Plano

39-Endereço do Plano

40-Endereço do Plano

41-Endereço do Plano

42-Endereço do Plano

43-Endereço do Plano

44-Endereço do Plano

45-Endereço do Plano

46-Endereço do Plano

47-Endereço do Plano

48-Endereço do Plano

49-Endereço do Plano

50-Endereço do Plano

51-Endereço do Plano

52-Endereço do Plano

53-Endereço do Plano

54-Endereço do Plano

55-Endereço do Plano

56-Endereço do Plano

57-Endereço do Plano

58-Endereço do Plano

59-Endereço do Plano

60-Endereço do Plano

61-Endereço do Plano

62-Endereço do Plano

63-Endereço do Plano

64-Endereço do Plano

65-Endereço do Plano

66-Endereço do Plano

67-Endereço do Plano

68-Endereço do Plano

69-Endereço do Plano

70-Endereço do Plano

71-Endereço do Plano

72-Endereço do Plano

73-Endereço do Plano

74-Endereço do Plano

75-Endereço do Plano

76-Endereço do Plano

77-Endereço do Plano

78-Endereço do Plano

79-Endereço do Plano

80-Endereço do Plano

81-Endereço do Plano

82-Endereço do Plano

83-Endereço do Plano

84-Endereço do Plano

85-Endereço do Plano

86-Endereço do Plano

87-Endereço do Plano

88-Endereço do Plano

89-Endereço do Plano

90-Endereço do Plano

91-Endereço do Plano

92-Endereço do Plano

93-Endereço do Plano

94-Endereço do Plano

95-Endereço do Plano

96-Endereço do Plano

97-Endereço do Plano

98-Endereço do Plano

99-Endereço do Plano

100-Endereço do Plano

101-Endereço do Plano

102-Endereço do Plano

103-Endereço do Plano

104-Endereço do Plano

105-Endereço do Plano

106-Endereço do Plano

107-Endereço do Plano

108-Endereço do Plano

109-Endereço do Plano

110-Endereço do Plano

111-Endereço do Plano

112-Endereço do Plano

113-Endereço do Plano

114-Endereço do Plano

115-Endereço do Plano

116-Endereço do Plano

117-Endereço do Plano

118-Endereço do Plano

119-Endereço do Plano

120-Endereço do Plano

121-Endereço do Plano

122-Endereço do Plano

123-Endereço do Plano

124-Endereço do Plano

125-Endereço do Plano

126-Endereço do Plano

127-Endereço do Plano

128-Endereço do Plano

129-Endereço do Plano

130-Endereço do Plano

131-Endereço do Plano

132-Endereço do Plano

133-Endereço do Plano

134-Endereço do Plano

135-Endereço do Plano

136-Endereço do Plano

137-Endereço do Plano

138-Endereço do Plano

139-Endereço do Plano

140-Endereço do Plano

141-Endereço do Plano

142-Endereço do Plano

143-Endereço do Plano

144-Endereço do Plano

145-Endereço do Plano

146-Endereço do Plano

147-Endereço do Plano

148-Endereço do Plano

149-Endereço do Plano

150-Endereço do Plano

151-Endereço do Plano

152-Endereço do Plano

153-Endereço do Plano

154-Endereço do Plano

155-Endereço do Plano

Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



458453
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
20/10/2011

4-Data de Autorização
20/10/2011

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia
8214247

7-Data Validação da Guia
20/10/2011

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00020253467810000010101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
PROJEMARKET REPRESENTAÇÃO E

11-Data Validação da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MATEUS VINICIUS MUXFELD

17/05/1990

15-Nome do titular do plano
MATEUS VINICIUS MUXFELD

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

24-UF
PR

25-Código CNES
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986

23-Número no CRO
29859

26-UF
PR

27-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Índice | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentifregio | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Cop-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Ocorrência | 42-Valor |
|--|--|-------------------------|------------------------|--------------------|--|------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|-------------------------|----------|
| 1-00 | 8100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 5-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36,00 | 0,00 | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |
| 43-Data Prevista Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Cop-participação R\$ | | | | | | | |
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 1178,00 | | 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 a 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 assistente que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins

Chirurgia Dentista

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Assinatura da Empresa

54-Data local e Assinatura da Empresa

55-Data local e Assinatura da Empresa

56-Data local e Assinatura da Empresa

57-Data local e Assinatura da Empresa

58-Data local e Assinatura da Empresa

59-Data local e Assinatura da Empresa

60-Data local e Assinatura da Empresa

61-Data local e Assinatura da Empresa

62-Data local e Assinatura da Empresa

63-Data local e Assinatura da Empresa

64-Data local e Assinatura da Empresa

65-Data local e Assinatura da Empresa

66-Data local e Assinatura da Empresa

67-Data local e Assinatura da Empresa

68-Data local e Assinatura da Empresa

69-Data local e Assinatura da Empresa

70-Data local e Assinatura da Empresa

71-Data local e Assinatura da Empresa

72-Data local e Assinatura da Empresa

73-Data local e Assinatura da Empresa

74-Data local e Assinatura da Empresa

75-Data local e Assinatura da Empresa

76-Data local e Assinatura da Empresa

77-Data local e Assinatura da Empresa

78-Data local e Assinatura da Empresa

79-Data local e Assinatura da Empresa

80-Data local e Assinatura da Empresa

81-Data local e Assinatura da Empresa

82-Data local e Assinatura da Empresa

83-Data local e Assinatura da Empresa

84-Data local e Assinatura da Empresa

85-Data local e Assinatura da Empresa

86-Data local e Assinatura da Empresa

87-Data local e Assinatura da Empresa

88-Data local e Assinatura da Empresa

89-Data local e Assinatura da Empresa

90-Data local e Assinatura da Empresa

91-Data local e Assinatura da Empresa

92-Data local e Assinatura da Empresa

93-Data local e Assinatura da Empresa

94-Data local e Assinatura da Empresa

95-Data local e Assinatura da Empresa

96-Data local e Assinatura da Empresa

97-Data local e Assinatura da Empresa

98-Data local e Assinatura da Empresa

99-Data local e Assinatura da Empresa

100-Data local e Assinatura da Empresa

101-Data local e Assinatura da Empresa

102-Data local e Assinatura da Empresa

103-Data local e Assinatura da Empresa

104-Data local e Assinatura da Empresa

105-Data local e Assinatura da Empresa

106-Data local e Assinatura da Empresa

107-Data local e Assinatura da Empresa

108-Data local e Assinatura da Empresa

109-Data local e Assinatura da Empresa

110-Data local e Assinatura da Empresa

111-Data local e Assinatura da Empresa

112-Data local e Assinatura da Empresa

113-Data local e Assinatura da Empresa

114-Data local e Assinatura da Empresa

115-Data local e Assinatura da Empresa

116-Data local e Assinatura da Empresa

117-Data local e Assinatura da Empresa

118-Data local e Assinatura da Empresa

119-Data local e Assinatura da Empresa

120-Data local e Assinatura da Empresa

121-Data local e Assinatura da Empresa

122-Data local e Assinatura da Empresa

123-Data local e Assinatura da Empresa

124-Data local e Assinatura da Empresa

125-Data local e Assinatura da Empresa

126-Data local e Assinatura da Empresa

127-Data local e Assinatura da Empresa

128-Data local e Assinatura da Empresa

129-Data local e Assinatura da Empresa

130-Data local e Assinatura da Empresa

131-Data local e Assinatura da Empresa

132-Data local e Assinatura da Empresa

133-Data local e Assinatura da Empresa

134-Data local e Assinatura da Empresa

135-Data local e Assinatura da Empresa

136-Data local e Assinatura da Empresa

137-Data local e Assinatura da Empresa

138-Data local e Assinatura da Empresa

139-Data local e Assinatura da Empresa

140-Data local e Assinatura da Empresa

141-Data local e Assinatura da Empresa

142-Data local e Assinatura da Empresa

143-Data local e Assinatura da Empresa

144-Data local e Assinatura da Empresa

145-Data local e Assinatura da Empresa

146-Data local e Assinatura da Empresa

147-Data local e Assinatura da Empresa

148-Data local e Assinatura da Empresa

149-Data local e Assinatura da Empresa

150-Data local e Assinatura da Empresa

151-Data local e Assinatura da Empresa

152-Data local e Assinatura da Empresa

153-Data local e Assinatura da Empresa

154-Data local e Assinatura da Empresa

155-Data local e Assinatura da Empresa

156-Data local e Assinatura da Empresa

157-Data local e Assinatura da Empresa

158-Data local e Assinatura da Empresa

159-Data local e Assinatura da Empresa

160-Data local e Assinatura da Empresa

161-Data local e Assinatura da Empresa

162-Data local e Assinatura da Empresa

163-Data local e Assinatura da Empresa

164-Data local e Assinatura da Empresa

165-Data local e Assinatura da Empresa

166-Data local e Assinatura da Empresa

167-Data local e Assinatura da Empresa

168-Data local e Assinatura da Empresa

169-Data local e Assinatura da Empresa

170-Data local e Assinatura da Empresa

171-Data local e Assinatura da Empresa

172-Data local e Assinatura da Empresa

173-Data local e Assinatura da Empresa

174-Data local e Assinatura da Empresa

175-Data local e Assinatura da Empresa

176-Data local e Assinatura da Empresa

177-Data local e Assinatura da Empresa

178-Data local e Assinatura da Empresa

179-Data local e Assinatura da Empresa

180-Data local e Assinatura da Empresa

181-Data local e Assinatura da Empresa

182-Data local e Assinatura da Empresa

183-Data local e Assinatura da Empresa

184-Data local e Assinatura da Empresa

185-Data local e Assinatura da Empresa

186-Data local e Assinatura da Empresa

187-Data local e Assinatura da Empresa

188-Data local e Assinatura da Empresa

189-Data local e Assinatura da Empresa

190-Data local e Assinatura da Empresa

191-Data local e Assinatura da Empresa

192-Data local e Assinatura da Empresa

193-Data local e Assinatura da Empresa

194-Data local e Assinatura da Empresa

195-Data local e Assinatura da Empresa

196-Data local e Assinatura da Empresa

197-Data local e Assinatura da Empresa

198-Data local e Assinatura da Empresa

199-Data local e Assinatura da Empresa

200-Data local e Assinatura da Empresa

201-Data local e Assinatura da Empresa

202-Data local e Assinatura da Empresa

203-Data local e Assinatura da Empresa

204-Data local e Assinatura da Empresa

205-Data local e Assinatura da Empresa

206-Data local e Assinatura da Empresa

207-Data local e Assinatura da Empresa

208-Data local e Assinatura da Empresa

209-Data local e Assinatura da Empresa

210-Data local e Assinatura da Empresa

211-Data local e Assinatura da Empresa

212-Data local e Assinatura da Empresa

213-Data local e Assinatura da Empresa

214-Data local e Assinatura da Empresa

215-Data local e Assinatura da Empresa

216-Data local e Assinatura da Empresa

217-Data local e Assinatura da Empresa

218-Data local e Assinatura da Empresa

219-Data local e Assinatura da Empresa

220-Data local e Assinatura da Empresa

221-Data local e Assinatura da Empresa

222-Data local e Assinatura da Empresa

223-Data local e Assinatura da Empresa

224-Data local e Assinatura da Empresa

225-Data local e Assinatura da Empresa

226-Data local e Assinatura da Empresa

227-Data local e Assinatura da Empresa

228-Data local e Assinatura da Empresa

229-Data local e

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



458454
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 12/01/01 3-Data de Autorização 12/01/01 4-Autorizado 5-Sentença 6-Número da Guia Principal 8214248 7-Data Validade da Sentença 12/01/04 8-Data Validade da Guia 12/01/21

Dados do Beneficiário

9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PROJEMARKET REPRESENTACAO E 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Sentença 13-Data Validade da Guia 14-Telefone 15-Endereço do Beneficiário MATHEUS VINICIUS MUXFELD

13-Nome FABIANE SAMARA LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PR 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Endereço do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Ítem | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Moeda da Guia | 42-Assinatura |
|--|--|-------------------------|------------------------|--------------------|---|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|------------------|---------------|
| 1-0 | 0 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 3,4 | 0,0 | | | | | |
| 2-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 3-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 4-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 5-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 6-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 7-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 8-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 9-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 10-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 11-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 12-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 13-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 14-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 15-0 | 0 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | | 1 | | 3,6 | 0,0 | | | | | |
| 43-Data Previsto Término do Tratamento | 44-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade US | 47-Valor Total R\$ | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ | | | | | | | |
| | 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoem 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 1 1 7 8 0 0 | | | | | | | | | |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgia Dentista

CRO-PR 29.859

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Campo da Empresa

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808992

2-34

458457
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| 1-Registro ANS
406414 | 2-Código da Guia
12 0 1 0 1 2 1 | 3-Data de Autorização
12 0 1 0 1 2 1 | 4-Segura
AUTORIZADO | 5-Instrução da Guia Principal
8214295 | 6-Data Válida da Guia
12 0 1 0 1 2 1 |
| Dados do Beneficiário | | | | | |
| 8-Número da Carteira
10 0 2 1 0 2 5 2 4 9 6 1 2 0 1 0 0 5 0 0 1 | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa
CORPLIFE ADMINISTRADORA DE | 11-Data Válida da Carteira
12 0 1 0 1 2 1 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | |
| 13-Nome
SORAYA MARIA DOS SANTOS | | | 14-Telefone
() - - - - - | | |
| 15-Nome do titular do plano
SORAYA MARIA DOS SANTOS | | | | | |
| Dados do Contratado, Responsável pelo Tratamento | | | | | |
| 16-Identificação e RVN
N | 17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 18-Número no CRO
29859 | 19-UF
PR | 20-Código CBO S
025 - | 21-Código CHES
Faturar Empresa |
| 21-Código na Operação / CNPJ / CPF
10 9 8 3 1 3 5 3 9 8 6 | 22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | 23-Número no CRO
29859 | 24-UF
PR | 25-Código CBO S | |
| 26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | 27-Número no CRO
29859 | 28-UF
PR | | |

458457
INTERCÂMBIO

| 30-1-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentista/Régio | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Válv. | 38-Financiada Co-participação R\$ | 39-Aut. | 40-Data de Realização | 41-Número da Guia | 42-Assinatura |
|-------------|---------------------------|-------------------------|-------------------|---------|--------|------------------|----------|-----------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1- 0 0 | 8 1 0 0 0 0 3 0 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 3 4 ,0 0 | | 0 ,0 0 | S | 26/11/21 | | Serapje |
| 2- 0 0 | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 3 6 ,0 0 | | 0 ,0 0 | S | 26/11/21 | | Serapje |
| 3- 0 0 | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 3 6 ,0 0 | | 0 ,0 0 | S | 26/11/21 | | Serapje |
| 4- 0 0 | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 3 6 ,0 0 | | 0 ,0 0 | S | 26/11/21 | | Serapje |
| 5- 0 0 | 8 5 3 0 0 0 4 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 3 6 ,0 0 | | 0 ,0 0 | S | 26/11/21 | | Serapje |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

43-Obs: Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
☐ 1-Totai 2-Parcial

46-Totai Quantidade US
 1|7|8|,0|0|

47-Vale Total R\$
 0|,0|0|

48-Totai Financia / Co-participação R\$
 | | |

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acabo e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos no 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.

Ilmo. Ex.º Martins

Dra. Jennifer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER, J. D. A.

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

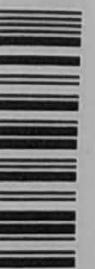
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cambio da Empresa

CINPJ: 07.738.690-00001-50
CNPJ: 07.738.690-00001-50

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ABO 406414 2-Data de Emissão da Guia 12/01/01 3-Data de Autorização 12/01/01 4-Autorizado 8216322 5-Endereço 458868 INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira 00202025302115000000201 7-Plano POS REDE PRESTADORA 8-Data de Validade da Guia 12/01/01 9-Data de Vencimento da Guia 12/01/01 10-Data de Validade da Guia 12/01/01 11-Data de Validade da Guia 12/01/01 12-Data de Validade da Guia 12/01/01

13-Nome ALEXANDRA MARIANI BURIGO 14-Telefone 15/03/1983 16-Endereço 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código de Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

| 30-Item | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dentista | 34-Fee | 35-CID | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|---------|---------------------------|--------------|-----------------------|--------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1-0 | 0 | 8100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | 1 | 34 | 100 | 10,00 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 2-1 | | | | | | | | | | | | |
| 3-1 | | | | | | | | | | | | |
| 4-1 | | | | | | | | | | | | |
| 5-1 | | | | | | | | | | | | |
| 6-1 | | | | | | | | | | | | |
| 7-1 | | | | | | | | | | | | |
| 8-1 | | | | | | | | | | | | |
| 9-1 | | | | | | | | | | | | |
| 10-1 | | | | | | | | | | | | |
| 11-1 | | | | | | | | | | | | |
| 12-1 | | | | | | | | | | | | |
| 13-1 | | | | | | | | | | | | |
| 14-1 | | | | | | | | | | | | |
| 15-1 | | | | | | | | | | | | |
| 16-1 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo do 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 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaram, 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Assinatura da Empresa

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHENKEL LTDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1205 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª



Registro ANVISA 406414
 Data de Emissão da Guia 20/10/2011
 Data de Autorização 22/10/2011
 Assinatura
 Autorizado
 Nome do Guia Principal 8216323
 Data de Validade da Guia 20/10/2014
 458869
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário
 8- Número da Carteira 002025326810000103
 9- Plano POS REDE PRESTADORA
 10- Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA
 11- Data de Validade da Carteira
 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome GABRIELA TEIXEIRA MOYA
 14- Telefone
 15- Nome do titular do plano KEILA MARTINS TEIXEIRA

16- Alinhamento a RN
 17- Nome do Profissional Solicitante JHENIFFER DA SILVA MARTINS
 18- Número no CRO 29859
 19- UF PR
 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 098313539816
 22- Nome do Contratado Executante JHENIFFER DA SILVA MARTINS
 23- Número no CRO 29859
 24- UF PR
 25- Código CNES

26- Nome do Profissional Executante JHENIFFER DA SILVA MARTINS
 27- Número no CRO 29859
 28- UF PR
 29- Código CBO S

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34- Fica | 35- CID | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Motivo da Guia | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-------------------------|------------------|----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|--------------------|----------------|
| 1-00 | 8100065 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 3,40 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| 2-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 3,60 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| 3-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 3,60 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| 4-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 3,60 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| 5-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 3,60 | 0,00 | 0,00 | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

43- Data Previsto Término do Tratamento
 44- Tipo de Alinhamento
 45- Tipo de Faturamento
 46- Total Quantidade US
 47- Valor Total R\$
 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 o autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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

Clínica Odontológica
 SCHENBER LTDA.
 CNPJ: 07.738.896/0001-50
 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4x



459214
INTERCAMBIO

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|
| 1-Registro AMS
400414 | | 3-Data de Emissão da Guia
21/10/21 | | 4-Data de Autorização
21/10/21 | | 5-Sentença
AUTORIZADO | | 6-Número da Guia Principal
8218414 | | 7-Data Validação da Sentença
21/10/21 | |
| 8-Número da Carteira
00202520648700056303 | | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | | 10-Empresa
EXTRAMED ADMINISTRACAO E | | 11-Data Validação da Carteira
11/11/21 | | 12-Número do Cartão Nacional da Saúde | | | |
| 13-Nome
LUIZ CARLOS DO NASCIMENTO | | 14-Teléfono
11/08/1963 | | 15-Nome do titular do plano
LUIZA GABRIELA DO NASCIMENTO | | 16-Número no CRO
29859 | | 17-UF
PR | | 18-Código CBO S
025 - | |
| 19-Atendimento a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | 20-Código CBO S
29859 | | 21-UF
PR | | 22-Código CHES
29859 | | 23-Código CBO S
29859 | | 24-UF
PR | |
| 25-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986 | | 26-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | 27-Número no CRO
29859 | | 28-UF
PR | | 29-Código CBO S
29859 | | 30-UF
PR | |

| 30-Tabella | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Fase | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Método da Clínica | 42-Assinatura |
|------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 1-00 | 8100030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | 1 | 3,40 | 0,00 | | | | | |
| 2-00 | 815300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 3-00 | 815300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 4-00 | 815300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 5-00 | 815300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | 1 | 3,60 | 0,00 | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento: **11/11/21** 44-Tipo de Atendimento: **1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência**

45-Tipo de Faturamento: **1-Totál 2-Parcial** 46-Total Quantidade US: **117,80** 47-Valor Total R\$: **10,00** 48-Total Franquia / Co-participação R\$: **0,00**

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

Dra. Jheniffer Martins
Cirurgiã Dentista
CRO-PR-29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: **21/10/21**
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Perito: **21/10/21**
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **21/10/21**
53-Data, local e Cópia da Empresa: **21/10/21**
CNPJ: 07.736.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 680899

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



460976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 25/10/11 3-Data de Autorização 25/10/11 4-Autorizado AUTORIZADO 5-Sigla 8228482 6-Endereço da Guia Principal 8228482 7-Data Validade da Guia 25/10/11 8-Data Validade da Guia 25/10/11

9-Data do Benefício 00/02/02 10-Data de Entrega da Guia 25/10/11 11-Data Validade da Guia 25/10/11 12-Data Validade da Guia 25/10/11

13-Plano POS REDE PRESTADORA 14-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 15-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 16-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

17-Plano POS REDE PRESTADORA 18-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 19-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 20-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

21-Plano POS REDE PRESTADORA 22-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 23-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 24-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

25-Plano POS REDE PRESTADORA 26-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 27-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 28-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

29-Plano POS REDE PRESTADORA 30-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 31-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 32-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

33-Plano POS REDE PRESTADORA 34-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 35-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 36-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

37-Plano POS REDE PRESTADORA 38-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 39-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 40-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

41-Plano POS REDE PRESTADORA 42-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 43-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 44-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

45-Plano POS REDE PRESTADORA 46-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 47-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 48-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

49-Plano POS REDE PRESTADORA 50-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 51-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 52-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

53-Plano POS REDE PRESTADORA 54-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 55-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 56-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

57-Plano POS REDE PRESTADORA 58-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 59-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 60-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

61-Plano POS REDE PRESTADORA 62-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 63-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 64-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

65-Plano POS REDE PRESTADORA 66-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 67-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 68-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

69-Plano POS REDE PRESTADORA 70-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 71-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 72-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

73-Plano POS REDE PRESTADORA 74-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 75-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 76-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

77-Plano POS REDE PRESTADORA 78-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 79-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 80-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

81-Plano POS REDE PRESTADORA 82-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 83-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 84-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

85-Plano POS REDE PRESTADORA 86-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 87-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 88-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

89-Plano POS REDE PRESTADORA 90-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 91-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY 92-Endereço FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

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.

Dra. Jennifer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHENKER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808990

2-M



OK

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–402

| |
|---|
| 7 |
| 6 |
| 5 |
| 4 |
| 3 |
| 2 |
| 1 |

RIBAS TORMESJHE NITER

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|

DA SILVA MARTIN

Objetos de Desenvolvimento

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| | - | O | O | O | O |
|--|---|---|---|---|---|

| |
|--|
| |
|--|

—

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

[illegible]

—

[illegible]

—

CHINA'S ECONOMIC REFORMS

os ter sido devidamente

Assinatura do Cirurgião-Dentista

Journal of Management Inquiry

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



460990
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414

2-Dados de Emissão da Guia 12/5/11 01/12/11

3-Sinistro AUTORIZADO

4-Número da Guia Principal 8228449

5-Data de Validade da Guia 12/5/11 04/12/11

6-Dados do Beneficiário

7-Endereço da Carteira 0101201252917193000025011

8-Plano POS REDE PRESTADORA

9-Data de Validade da Carteira 12/5/11 04/12/11

10-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Nome

YAN YGOR KRAMER DE JESUS

12-Data de Nascimento

13-Nome do titular do plano

14-Nome do titular do plano

15-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço do Profissional Solicitante

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO

19-UF

20-Código CBO S

21-UF

22-Código CNES

23-UF

24-Código CBO S

25-UF

26-Código na Operadora / CNPJ / CPF

27-Nome do Contratado Executante

28-Número no CRO

29-UF

30-Código CNES

31-UF

32-Código CBO S

33-UF

34-Código CBO S

35-UF

36-Nome do Profissional Executante

37-Número no CRO

38-UF

39-Código CNES

40-UF

41-Código CBO S

42-UF

43-Código CBO S

44-UF

45-Nome do Profissional Executante

46-Número no CRO

47-UF

48-Código CNES

49-UF

50-Código CBO S

51-UF

52-Código CBO S

53-UF

54-Nome do Profissional Executante

55-Número no CRO

56-UF

57-Código CNES

58-UF

59-Código CBO S

60-UF

61-Código CBO S

62-UF

63-Nome do Profissional Executante

64-Número no CRO

65-UF

66-Código CNES

67-UF

68-Código CBO S

69-UF

70-Código CBO S

71-UF

72-Nome do Profissional Executante

73-Número no CRO

74-UF

75-Código CNES

76-UF

77-Código CBO S

78-UF

79-Código CBO S

80-UF

81-Nome do Profissional Executante

82-Número no CRO

83-UF

84-Código CNES

85-UF

86-Código CBO S

87-UF

88-Código CBO S

89-UF

90-Nome do Profissional Executante

91-Número no CRO

92-UF

93-Código CNES

94-UF

95-Código CBO S

96-UF

97-Código CBO S

98-UF

99-Nome do Profissional Executante

100-Número no CRO

101-UF

102-Código CNES

103-UF

104-Código CBO S

105-UF

106-Código CBO S

107-UF

108-Nome do Profissional Executante

109-Número no CRO

110-UF

111-Código CNES

112-UF

113-Código CBO S

114-UF

115-Código CBO S

116-UF

117-Nome do Profissional Executante

118-Número no CRO

119-UF

120-Código CNES

121-UF

122-Código CBO S

123-UF

124-Código CBO S

125-UF

126-Nome do Profissional Executante

127-Número no CRO

128-UF

129-Código CNES

130-UF

131-Código CBO S

132-UF

133-Código CBO S

134-UF

135-Nome do Profissional Executante

136-Número no CRO

137-UF

138-Código CNES

139-UF

140-Código CBO S

141-UF

142-Código CBO S

143-UF

144-Nome do Profissional Executante

145-Número no CRO

146-UF

147-Código CNES

148-UF

149-Código CBO S

150-UF

151-Código CBO S

152-UF

153-Nome do Profissional Executante

154-Número no CRO

155-UF

156-Código CNES

157-UF

158-Código CBO S

159-UF

160-Código CBO S

161-UF

162-Nome do Profissional Executante

163-Número no CRO

164-UF

165-Código CNES

166-UF

167-Código CBO S

168-UF

169-Código CBO S

170-UF

171-Nome do Profissional Executante

172-Número no CRO

173-UF

174-Código CNES

175-UF

176-Código CBO S

177-UF

178-Código CBO S

179-UF

180-Nome do Profissional Executante

181-Número no CRO

182-UF

183-Código CNES

184-UF

185-Código CBO S

186-UF

187-Código CBO S

188-UF

189-Nome do Profissional Executante

190-Número no CRO

191-UF

192-Código CNES

193-UF

194-Código CBO S

195-UF

196-Código CBO S

197-UF

198-Nome do Profissional Executante

199-Número no CRO

200-UF

201-Código CNES

202-UF

203-Código CBO S

204-UF

205-Código CBO S

206-UF

207-Nome do Profissional Executante

208-Número no CRO

209-UF

210-Código CNES

211-UF

212-Código CBO S

213-UF

214-Código CBO S

215-UF

216-Nome do Profissional Executante

217-Número no CRO

218-UF

219-Código CNES

220-UF

221-Código CBO S

222-UF

223-Código CBO S

224-UF

225-Nome do Profissional Executante

226-Número no CRO

227-UF

228-Código CNES

229-UF

230-Código CBO S

231-UF

232-Código CBO S

233-UF

234-Nome do Profissional Executante

235-Número no CRO

236-UF

237-Código CNES

238-UF

239-Código CBO S

240-UF

241-Código CBO S

242-UF

243-Nome do Profissional Executante

244-Número no CRO

245-UF

246-Código CNES

247-UF

248-Código CBO S

249-UF

250-Código CBO S

251-UF

252-Nome do Profissional Executante

253-Número no CRO

254-UF

255-Código CNES

256-UF

257-Código CBO S

258-UF

259-Código CBO S

260-UF

261-Nome do Profissional Executante

262-Número no CRO

263-UF

264-Código CNES

265-UF

266-Código CBO S

267-UF

268-Código CBO S

269-UF

270-Nome do Profissional Executante

271-Número no CRO

272-UF

273-Código CNES

274-UF

275-Código CBO S

234



W

Digitalizado com CamScanner

244

461979
INTERCÂMBIO

Plano
POS REDE PRESTADORA

15-Nome do titular do plano
MARIZANA DA SILVEIRA

| | |
|-----------------|-----------------|
| 20-Código CBO S | 025 - |
| | Faturar Empresa |

25-Código CNES29-Código CBO S[illegible]

[illegible]

[illegible]

—

| | US | R\$ | R\$ |
|---|----|-----|-----|
| 47-Value Total R\$ | | | |
| 48-Total Franquia / Co-participação R\$ | | | |

[illegible]

pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA

53-Dado, local e Carimbo da Empresa
CNPJ: 07.738.896/0001-50

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



1- Nome do Paciente: **406414** 2- Data de Nascimento: **26/10/1988** 3- Data de Autuação: **26/10/1988** 4- Autorizado: **8237423** 5- Tratamento de Urgência: **462764** 6- Data de Validação: **26/10/1988** 7- Data de Validade: **26/10/1988** 8- Intercâmbio: **462764**

9- Número da Carteira: **000202530716400000101** 10- Empresa: **POS REDE PRESTADORA** 11- Data Validação da Carteira: **26/10/1988** 12- Número do Cartão Nacional de Saúde: **462764**

13- Nome: **JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS** 14- Telefone: **11/04/1988** 15- Nome do titular do plano: **JOSILEIDE GARCIA DOS SANTOS**

16- Alinhamento a RV: **N** 17- Nome do Profissional Solicitante: **JHENIFER DA SILVA MARTINS** 18- Número no CRO: **29859** 19- UF: **PR** 20- Código CBO S: **025 -**

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF: **09831353986** 22- Nome do Contratado Executante: **JHENIFER DA SILVA MARTINS** 23- Número no CRO: **29859** 24- UF: **PR** 25- Código ONES: **Faturar Empresa**

26- Nome do Profissional Executante: **JHENIFER DA SILVA MARTINS** 27- Número no CRO: **29859** 28- UF: **PR** 29- Código CBO S: **Enviar - RX**

30- Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados: **29/10/2018** 31- Data de Realização: **29/10/2018** 32- Valor: **85100218**

| 30- Item | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34- Fio | 35- Cid | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Médico da Clínica | 42- Assinatura |
|----------|----------------------------|--------------------|------------------|---------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| 1 | 0085100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | VIP | 1 | 122,00 | 0,00 | 0,00 | 29/10/2018 | 29/10/2018 | 29/10/2018 | 29/10/2018 |
| 2 | 0085100218 | RESTAURAÇÃO RESINA | 21 | VIP | 1 | 122,00 | 0,00 | 0,00 | 29/10/2018 | 29/10/2018 | 29/10/2018 | 29/10/2018 |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

43- Data Previsto Término do Tratamento: **26/10/1988** 44- Tipo de Alinhamento: **1- Tratamento Ortodôntico** 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45- Tipo de Faturamento: **1- Total 2- Parcial** 46- Total Quantidade US: **244,00** 47- Valor Total R\$: **0,00** 48- Total Franquia / Co-participação R\$: **0,00**

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

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: **29/10/2018 Jheniffer Martins** 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **29/10/2018 Jheniffer Martins** 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: **29/10/2018 Josileide Garcia** 53- Data, local e Cambio da Empresa: **29/10/2018**

54- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **29/10/2018 Jheniffer Martins** 55- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: **29/10/2018 Jheniffer Martins**

247



OK

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

... e os serviços de transporte realizados, com o planejamento a arcar com os custos conforme previsto em contrato

CNPJ: 07.738.896/0001-50

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



462785
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 400414 2-Dados do Emissor da Guia 21611011211 4-Data de Autorização 21611011211 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8237497 7-Data Validação da Guia 21611011211

8-Número da Carteira 0102025352180000001011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome GABRIELLA DE FATIMA SOUZA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GABRIELLA DE FATIMA SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Exatante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30- Tabela | 31- Código do Procedimento | 32- Descrição | 33- Dente/Região | 34- Faixa | 35- Qtd | 36- Quantidade US | 37- Valor | 38- Franquia/Co-participação R\$ | 39- Aut | 40- Data de Realização | 41- Membro da Clínica | 42- Assinatura |
|------------|----------------------------|-------------------------|------------------|-----------|---------|-------------------|-----------|----------------------------------|---------|------------------------|-----------------------|----------------|
| 1-0 | 0181000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | | 3,4 | 1,0 | 0 | | | | |
| 2-0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | | 3,6 | 1,0 | 0 | | | | |
| 3-0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | | 3,6 | 1,0 | 0 | | | | |
| 4-0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | 1 | | 3,6 | 1,0 | 0 | | | | |
| 5-0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | 1 | | 3,6 | 1,0 | 0 | | | | |
| 6-0 | | | | | | | | | | | | |
| 7-0 | | | | | | | | | | | | |
| 8-0 | | | | | | | | | | | | |
| 9-0 | | | | | | | | | | | | |
| 10-0 | | | | | | | | | | | | |
| 11-0 | | | | | | | | | | | | |
| 12-0 | | | | | | | | | | | | |
| 13-0 | | | | | | | | | | | | |
| 14-0 | | | | | | | | | | | | |
| 15-0 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 11781010 47-Valor Total R\$ 101010 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista - 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 55-Data, local e Cartão da Empresa

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 57-Data, local e Cartão da Empresa

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

244



OK

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|------------------------------------|--|-------------------------|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--|
| 1-Registro ANS
406414 | | 2-Data de Emissão do Guia
22/10/2011 | | 3-Data de Autorização
21/8/2011 | | 4-Sistema
AUTORIZADO | | 5-Número da Guia Principal
8242397 | | 6-Data Válida da Guia
27/10/11 | | 7-Data Válida da Guia
INTERCÂMBIO | |
| Dados do Beneficiário | | | | | | | | | | | | | |
| 8-Número da Carteira
002020253421162000000102 | | | | 9-Plano
POS REDE PRESTADORA | | | | 10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA | | | | | |
| 11-Data Válida da Carteira
24/10/1990 | | | | | | | | | | | | | |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
JULIANI CARVALHO MISCEVSKI | | | | | | | | | | | | | |
| 13-Nome
LEVI CEZARIO DA COSTA JUNIOR | | | | | | | | | | | | | |
| 14-Data de Conclusão do Tratamento
24/10/1990 | | | | | | | | | | | | | |
| 15-Atendimento a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | | | | | | | |
| 16-Número do Contrato
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | | | | | | | |
| 17-Nome do Profissional Solicitante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | | | | | | | |
| 18-Número no CRO
29859 | | | | | | | | | | | | | |
| 19-UF
PR | | | | | | | | | | | | | |
| 20-Código CBO 5
025 - Faturar Empresa | | | | | | | | | | | | | |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986 | | | | | | | | | | | | | |
| 22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | | | | | | | |
| 23-Número no CRO
29859 | | | | | | | | | | | | | |
| 24-UF
PR | | | | | | | | | | | | | |
| 25-Código CNES
29859 | | | | | | | | | | | | | |
| 26-Nome do Profissional Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS | | | | | | | | | | | | | |
| 27-Número no CRO
29859 | | | | | | | | | | | | | |
| 28-UF
PR | | | | | | | | | | | | | |
| 29-Código CBO 5
29859 | | | | | | | | | | | | | |
| 30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados | | | | | | | | | | | | | |
| 31-Tabela
31-Código do Procedimento
1-0082000875 | | | | | | | | | | | | | |
| 32-Descrição
EXODONTIA SIMPLES DE 38 | | | | | | | | | | | | | |
| 33-Dente/Régio
1 | | | | | | | | | | | | | |
| 34-Face
1 | | | | | | | | | | | | | |
| 35-Qtd
1 | | | | | | | | | | | | | |
| 36-Quantidade US
73,00 | | | | | | | | | | | | | |
| 37-Valor
0,00 | | | | | | | | | | | | | |
| 38-Franchising/Co-participação R\$
528,00 | | | | | | | | | | | | | |
| 39-Aux
40-Data de Realização
28/10/11 | | | | | | | | | | | | | |
| 41-Motivo da Guia
42-Resumo
43-Valor Total R\$
0,00 | | | | | | | | | | | | | |
| 44-Tipo de Atendimento
45-Tipo de Faturamento
46-Tipo de Faturamento
47-Valor Total R\$
0,00 | | | | | | | | | | | | | |
| 48-Tipo de Faturamento
49-Tipo de Faturamento
50-Tipo de Faturamento
51-Tipo de Faturamento
52-Tipo de Faturamento
53-Tipo de Faturamento
54-Tipo de Faturamento
55-Tipo de Faturamento
56-Tipo de Faturamento
57-Tipo de Faturamento
58-Tipo de Faturamento
59-Tipo de Faturamento
60-Tipo de Faturamento
61-Tipo de Faturamento
62-Tipo de Faturamento
63-Tipo de Faturamento
64-Tipo de Faturamento
65-Tipo de Faturamento
66-Tipo de Faturamento
67-Tipo de Faturamento
68-Tipo de Faturamento
69-Tipo de Faturamento
70-Tipo de Faturamento
71-Tipo de Faturamento
72-Tipo de Faturamento
73-Tipo de Faturamento
74-Tipo de Faturamento
75-Tipo de Faturamento
76-Tipo de Faturamento
77-Tipo de Faturamento
78-Tipo de Faturamento
79-Tipo de Faturamento
80-Tipo de Faturamento
81-Tipo de Faturamento
82-Tipo de Faturamento
83-Tipo de Faturamento
84-Tipo de Faturamento
85-Tipo de Faturamento
86-Tipo de Faturamento
87-Tipo de Faturamento
88-Tipo de Faturamento
89-Tipo de Faturamento
90-Tipo de Faturamento
91-Tipo de Faturamento
92-Tipo de Faturamento
93-Tipo de Faturamento
94-Tipo de Faturamento
95-Tipo de Faturamento
96-Tipo de Faturamento
97-Tipo de Faturamento
98-Tipo de Faturamento
99-Tipo de Faturamento | | | | | | | | | | | | | |

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o



465135
INTERCÂMBIO

1-Registro Profissional

406414

2-Endereço do Beneficiário

12/9/01/1/2/1

3-Endereço do Autorizado

12/9/01/1/2/1

4-Autorização

AUTORIZADO

5-Endereço do Plano

8247668

6-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

7-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

8-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

9-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

10-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

11-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

12-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

13-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

14-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

15-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

16-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

17-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

18-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

19-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

20-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

21-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

22-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

23-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

13-Nome

LUCIANA RAMOS MOREIRA SOBRINHO LIED

26/08/1982

14-Telefone

(14 51) 3102919744

15-Nome do titular do plano

THIAGO BORGES LIED

16-Nome do titular do plano

THIAGO BORGES LIED

17-Nome do titular do plano

THIAGO BORGES LIED

18-Nome do titular do plano

THIAGO BORGES LIED

19-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

20-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

21-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

22-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

23-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

24-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

25-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

26-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

27-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

28-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

29-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

30-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

31-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

32-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

33-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

34-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

35-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

36-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

37-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

38-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

39-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

40-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

41-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

42-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

43-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

44-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

45-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

46-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

47-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

48-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

49-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

50-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

51-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

52-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

53-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

54-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

55-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

56-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

57-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

58-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

59-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

60-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

61-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

62-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

63-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

64-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

65-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

66-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

67-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

68-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

69-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

70-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

71-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

72-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

73-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

74-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

75-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

76-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

77-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

78-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

79-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

80-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

81-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

82-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

83-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

84-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

85-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

86-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

87-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

88-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

89-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

90-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

91-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

92-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

93-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

94-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

95-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

96-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

97-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

98-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

99-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

100-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

101-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

102-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

103-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

104-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

105-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

106-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

107-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

108-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

109-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

110-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

111-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

112-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

113-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

114-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

115-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

116-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

117-Endereço do Plano

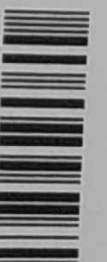
12/9/01/1/2/1

118-Endereço do Plano

12/9/01/1/2/1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-UF



465137
INTERCÂMBIO

406414

1-Registro no Conselho Federal de Odontologia

2-9/10/11/2/11

3-9/10/11/2/11

4-Autorizado

8247669

5-2/9/10/14/12/11

6-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

10-020205206487000385011

9-Sexo

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

EXTRAMED ADMINISTRACAO E

11-Data validade da Carteira

12-9/10/14/12/11

13-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

THIAGO BORGES LIED

14-Telefone

(1415) 30299744

15-Nome do titular do plano

THIAGO BORGES LIED

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN

JHENIFER DA SILVA MARTINS

17-Nome do Profissional Solicitante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO

29859

19-UF

PR

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

109831353986

22-Nome do Contratado Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO

29859

24-UF

PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO

29859

28-UF

PR

29-Código CBO S

30-UF

PR

31-Franchisa/Co-participação R\$

32-Valor

33-Data de Realização

34-Motivo da Exclusão

35-Valor

36-Tabela

37-Código do Procedimento

38-Descrição

39-Dente/Região

40-Face

41-Qtd

42-Quantidade US

43-Valor

44-Franchisa/Co-participação R\$

45-Aut

46-Data de Realização

47-Motivo da Exclusão

48-Valor

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franchisa/Co-participação R\$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Exclusão | 42-Valor |
|-----------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|----------------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|----------|
| 1-00 | 8100065 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | 1 | 1 | 34,00 | | | | | | |
| 2-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | 1 | 1 | 36,00 | | | | | | |
| 3-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAD | 1 | 1 | 36,00 | | | | | | |
| 4-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAE | 1 | 1 | 36,00 | | | | | | |
| 5-00 | 8530047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | 1 | 1 | 36,00 | | | | | | |
| 6-00 | | | | | | | | | | | | |
| 7-00 | | | | | | | | | | | | |
| 8-00 | | | | | | | | | | | | |
| 9-00 | | | | | | | | | | | | |
| 10-00 | | | | | | | | | | | | |
| 11-00 | | | | | | | | | | | | |
| 12-00 | | | | | | | | | | | | |
| 13-00 | | | | | | | | | | | | |
| 14-00 | | | | | | | | | | | | |
| 15-00 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Pagamento

47-Tipo de Pagamento

48-Tipo de Pagamento

49-Tipo de Pagamento

50-Tipo de Pagamento

51-Tipo de Pagamento

52-Tipo de Pagamento

53-Tipo de Pagamento

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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável