



498420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/12	4-Data de Autorização 13/03/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 8384315	7-Data Validade da Senha 11/06/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527911500015502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NIVIA MARIA GONCALVES SILVA		14-Telefone 01/02/1984	15-Nome do titular do plano ALEXANDRO LUIZ SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ	18-Número no CRO 28805	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984	22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	23-Número no CRO 28805	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		27-Número no CRO 28805	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/03/12		<i>[Assinatura]</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 13/03/12 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/03/12 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/03/12 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



498412
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2012	4-Data de Autorização 13/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8384293	7-Data Validade da Senha 11/06/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202527911500015503		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PEDRO LUIZ SILVA			14-Telefone 25/07/2007	15-Nome do titular do plano ALEXANDRO LUIZ SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ	18-Número no CRO 28805	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984	22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	23-Número no CRO 28805	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		27-Número no CRO 28805	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/10/2012		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--



507696
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 24/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8419195	7-Data Validade da Senha 22/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202527911500008301		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	--	--	--------------------------------	--	--	--	-------------------------------------	--	---------------------------------------	--

13-Nome HELEN ANSELMO DOS SANTOS		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano HELEN ANSELMO DOS SANTOS	
-------------------------------------	--	----------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ		18-Número no CRO 28805		19-UF PR		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
--------------------------	--	---	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984		22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		23-Número no CRO 28805		24-UF PR		25-Código CNES	
--	--	--	--	---------------------------	--	-------------	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		27-Número no CRO 28805		28-UF PR		29-Código CBO S	
--	--	---------------------------	--	-------------	--	-----------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 122,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
---	--	--	--	---	--	----------------------------------	--	----------------------------	--	---	--

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

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

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



498423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/10/2014		4-Data de Autorização 13/10/2014		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8384318		7-Data Validade da Senha 11/06/21	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 00202527911500015504				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAVI LUIZ SILVA				14-Telefone 30/10/2014		15-Nome do titular do plano ALEXANDRO LUIZ SILVA					
Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ				18-Número no CRO 28805		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984				22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		23-Número no CRO 28805		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ				27-Número no CRO 28805		28-UF PR		29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa 42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			13/10/2014	<i>Luciano</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 34,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Observação											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/10/2014 <i>Luciano</i>			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/10/2014 <i>Luciano</i>			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/10/2014 <i>Alexandro</i>			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /		



495266
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2013	4-Data de Autorização 12/10/2013	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8371900	7-Data Validade da Guia 07/10/2013							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202527911500008301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO POUPANCA E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome HELEN ANSELMO DOS SANTOS		14-Telefone 16/01/1999	15-Nome da titular do plano HELEN ANSELMO DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANO ANDRE RUIZ	18-Número no CRO 28805	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 02095585984	22-Nome do Contratado Executante LUCIANO ANDRE RUIZ	23-Número no CRO 28805	24-UF PR	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante LUCIANO ANDRE RUIZ		27-Número no CRO 28805	28-UF PR	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			12/10/2013		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			12/10/2013		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00			12/10/2013		
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00			12/10/2013		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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 217,00		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, as valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/2013			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2013			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/2013			53-Data, local e Carimbo da Empresa / /			