

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 408414 3-Dia de Emissão da Guia 12/11/09 19/12/01 4-Dia de Autorização 10/14/11 11/12/01 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7889650 7-Dia Validade da Senha 12/10/11 12/12/01 379968 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102021528348900004011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO 15/07/1963 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RUI 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 / CHU / CIP 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Afirmativa
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00					
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00					
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-Higiene/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 122,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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), (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 Dr. Jheniffer Martins

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

CRO-PR 29.859 CRO-PR 1206 - CNES 6808999

CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERRER LTDA

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



400543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
12/11/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7977723

7-Dia Validade da Guia
11/9/10/1/2/1

8-Número da Carteira
0101201252984381000017101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
TV CATARATAS LTDA

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
FABIANA ARELLI MARTINI

14-Telefone
10/09/1982

15-Nome do titular do plano
FABIANA ARELLI MARTINI

16-Atendimento a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS

17-Atendimento a RN
JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNEJ / CPE
019131353986

22-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

26-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO
29859

28-UF
PR

29-Código CBO S
025 -

30-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

31-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

32-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

33-Atividade da Operadora
JHENIFER DA SILVA MARTINS

30-Item	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-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Atividade
1	01018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MOD	1	12121010	01010	01010	01010	01010	01010	01010
2	01018511002118	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	12121010	01010	01010	01010	01010	01010	01010
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto 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\$

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) e/ou realizado(rá) em 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

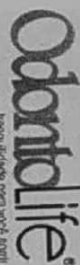
56-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



401579
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
21/11/2012

5-Serena
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7981816

7-Data Validade da Serena
11/9/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
010120253195830000010101

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
DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA

28/02/1973

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA

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
098313539816

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES
29-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-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ	15	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ	26	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ	23	1	73,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
7-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
8-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
9-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
10-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
11-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
12-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
13-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
14-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										
15-010	820100859	EXODONTIA DE RAIZ										

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
1365,00

47-Valor Total R\$
0,00

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) 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

Cirurgia Dentista

CRO-PR-29.859

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA

53-Data, local e Assinatura da Empresa
SCHENNER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 68089990

2-M

412947
INTERCÂMBIOPlano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

decario, que apros ter sido obviamente est

10

Dentista

CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA

SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.730.000/0001-00

CR0/PR 1206 - CNES 6808000

2-N^o413786
INTERCÂMBIODados do Beneficiário

PATRICIA BARBOSA BASSOS MAZUR	08/12/1989	() - 	PATRICIA BARBOSA BASSOS MAZUR
-------------------------------	------------	-----------------------------	-------------------------------

21-Código na Operadora (CNPJ)/CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-JF	25-Código CNIS
09831353986	JHENIFER DA SILVA MARTINS	29859	PR	

26-Nome do Profissional Exatidão	27-Número 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	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Clid	36 - Quantidade US	37 - Valor	38 - Franquia/Co-participação R\$	39 - Aut	40 - Data de Realização	41 - Motivo da Glosa	42 - Assinatura
-------------	-----------------------------	----------------	-------------------	-----------	-----------	--------------------	------------	-----------------------------------	----------	-------------------------	----------------------	-----------------

[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]

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

43-Dia Previsto Término do Tratamento	
44-Tipo de Alandimento	
45-Tipo de Falecimento	
46-Total Quantidade US	6.140,00
47-Valor Total R\$	9.000,00
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

[illegible]

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentada, autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos. 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 devidos.

em contrariedade com o tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto no contrato.

Dra. Jennifer Martins

Cirurgia Dentista

CRO-PR 29.859

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

[illegible]

1

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/09/11 4-Data de Autenticação 11/11/11 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8033506 7-Data Validade da Guia 10/11/12 8-414385 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Data de Emissão da Guia 11/06/00 10-Data de Validade da Carteira 11/01/12 11-Data Validade da Carteira 11/01/12 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 414385 INTERCÂMBIO

13-Nome SERGIO VILMAR SALVAGNI 31/07/1990 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano SERGIO VILMAR SALVAGNI 16-Endereço 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 Operação / CBO / CPF 10/09/83 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Especialista JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6 1 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	
2-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	
3-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7 3 0 0	0,00	0,00	0,00	0,00	
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 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 2 0 7 0 0 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,00

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

1

416162
INTERCÂMBIO416162
INTERCÂMBIO416162
INTERCÂMBIO416162
INTERCÂMBIO416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO416162
INTERCAMBIO416162
INTERCAMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

Ida

416162

INTERCÂMBIO

41- MOTO DA CROSA 42-ASS

240 1970

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

Ida

416162
INTERCÂMBIO

41- Memó da Casa 42- Ass

240 1980

Ida

416162
INTERCÂMBIO

41- Muro da Casa 42, Ass.

40 1980

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

[illegible]

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

416162
INTERCÂMBIO

[illegible][illegible]

41-16162
INTERCÂMBIO

41-16162
INTERCÂMBIO

41-16162
INTERCÂMBIO

41-16162
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



417158
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/2011 4-Data de Autorização 12/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8045261 7-Data Validade da Guia 10/10/2012 11

8-Número da Carteira 10120251864990003303 9-Sigla POS REDE PRESTADORA 10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CELIANE ALVES DE OLIVEIRA BORGES 30/05/1974 14-Telefone 15-Nome do titular do plano CAROLINE OLIVEIRA COELHO

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 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

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 Chama	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3,40	0,00			12/11/2011		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,60	0,00			12/11/2011		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,60	0,00			12/11/2011		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,60	0,00			12/11/2011		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,60	0,00			12/11/2011		
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 1178,00 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 de 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, compreendendo-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

CLINICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



417564
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/11/2011 4-Data de Autorização 11/11/2011 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8046994 7-Data Validade da Guia 11/11/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 000202529160900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2011 15-Nome do titular do plano GISELI KARENINA TRAESEL

13-Nome GISELI KARENINA TRAESEL 14-Telefone () - - - - - 16-Data de Tratamento 14/12/1987 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218

15-Autorização a R/N 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-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-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VMP	1	12,20	0,00		11/12/2011		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 1122,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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 Carimbo da Empresa

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHEDER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

241

421274
INTERCÂMBIO12-Número do Cartão Nacional de Saúde

FABIANA ARFELLI MARTINI

100

100

100

025 - Esturar Empresa

(II) 85200085-26

S O 3 / 1 1 2 / 1 1 2 / 0 1 6 February

[illegible]

[illegible][illegible]

[illegible]

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

47-Valor Total R\$	10,000
48-Total Franquia / Co-participação R\$	

umprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em

CLINICA OTOLOGICA

CNPJ: 07.738.896/0001-50

ORD/PR 1760 - CHES 680899

244

421993
INTERCÂMBIO421993
INTERCÂMBIO421993
INTERCÂMBIO421993
INTERCÂMBIO421993
INTERCÂMBIO421993
INTERCÂMBIO421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
 INTERCÂMBIO

Idade _____

41- Mês de Nascimento 42- Ano de Nascimento

43- Total Fraquias / Co-participação _____

[illegible]

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

421993
INTERCÂMBIO

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



422035
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/08/11 4-Data de Autorização 11/09/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8065869 7-Data Validade da Senha 11/06/12 8-Data Validade da Guia 11/02/11

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 THIAGO RUBIM LIMA 14-Telefone 07/03/2010 15-Nome do titular do plano CECILIA RUBIM DA APARECIDA

16-Atendimento 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 09/83131539186 22-Nome do Contratado Encarregado JHENIFFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Encarregado 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-Fase	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Atendimento
1	00	8510196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	0,00	11/02/11	20	PR
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



423965
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406614 3-Data de Emissão da Guia 2/01/11 4-Data de Autorização 2/4/11 5-Sanha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8076696 7-Data Validade da Sanha 1/8/10 8-Data Validade da Sanha 2/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202533493100000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

DAVY DANTAS DOS SANTOS

06/02/2015

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS LOPES DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986

22-Nome do Contratado Encarregado JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO 29859

19-UF PR

20-Código CBO S

25-Código CNES

26-UF PR

29-Código CBO S

25-Nome do Profissional Encarregado

JHENIFER DA SILVA MARTINS

27-Número no CRO 29859

28-UF PR

29-Código CBO S

30-Valor 025 - Faturar Empresa

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-DenteRegião 34-Face 35-Clín 36-Quantidade US 37-Valor 38-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Guisa 42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DenteRegião	34-Face	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			01/12/20	Medicamento	
2-0	081000014	CONDICIONAMENTO EM		1		70,00	0,00			01/12/20	Medicamento	
3-0	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			01/12/20	Medicamento	
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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 176,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação Dña. 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 Carimbo da Empresa

CNPJ: 07.738.816/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 68089

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



426869
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/04/11 4-Data de Autorização 12/05/11 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8086129 7-Data Validade da Semeta 12/02/12 8-Data Validade da Guia 12/02/11

8-Número da Carteira 00020253273900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome IVONE DO PRADO 14-Telefone 02/08/1975 15-Nome do titular do plano IVONE DO PRADO

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 (I) 85100226 (I) 85100226 (I) 85100226

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 (I) 85100226 (I) 85100226 (I) 85100226

26-Nome do Profissional JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S (I) 85100226

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dental/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1-0	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OMLV	1	122,00	0,00					
2-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00					
3-0	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00					
4-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PD	1	88,00	0,00					
5-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DPM	1	122,00	0,00					
6-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMP	1	122,00	0,00					
7-0	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMVP	1	122,00	0,00					
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 1698,00 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 Carimbo da Empresa

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERRER LTDA
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1205 - CNES 6308999

2.4.4.4.

427107
INTERCÂMBIO

¹² Número do Cartão Nacional de Saúde

MARISA DE FATIMA SILVA3

Enviar a: BY

30-7 Tranquila/Co-participação RS

—

121

—

2

113

2

1111

CONCLUSIONS

5. **Содержание:**

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



427238
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/5/11 11/2/0 4-Data de Autorização 12/5/11 11/2/0 5-Será AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8087615 7-Data Validade da Guia 12/3/10 12/12/11

8-Número da Carteira 00020025117838000586011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa FUNDACAO PARQUE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome REGIS FRANCO KRELING 25/03/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano REGIS FRANCO KRELING

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 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-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anc	40-Data de Realização	41-Método da Obra	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			02/11/2010		Regis
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3,60	0,00			02/11/2010		Regis
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00			02/11/2010		Regis
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00			02/11/2010		Regis
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00			02/11/2010		Regis
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 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.

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 02/11/2010 Jheniffer Martins 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2010 Regis F. Kreling 53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2010

CLINICA ODONTOLÓGICA
 SCHENKER LTDA.
 CNPJ: 07.738.896/0001-50
 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



427921
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 25/11/2012 4-Data de Autorização 26/11/2012 5-Semina AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8090743 7-Data Validade da Semina 23/10/2012 8-Data Validade da Guia 23/10/2012

8-Número da Carteira 00202025282708000488011 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 LAIS CRISTINA VILAS BOAS 14-Telefone 03/02/1989 15-Nome do titular do plano LAIS CRISTINA VILAS BOAS

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 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faca	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Mat	40-Data de Realização	41-Medico da Gesso	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00					
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		3,60	0,00					
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		3,60	0,00					
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		3,60	0,00					
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		3,60	0,00					
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

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 1178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franchisa / 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

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

SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.890/0001-50 01/PP-1706 - CNES 6808993



429154
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/7/11 11/20

4-Data de Autorização
3/0/11 11/20

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8095765

7-Data Validade da Sentença
12/5/10 12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025331234000000102

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
PEDRO ANTONIO BARK GILARDI

09/03/2006

14-Teléfono
() -

15-Nome do titular do plano
NICOLAS MATEUS OLIVEIRA BARK GILARDI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN
N 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 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Clínica	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux.	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	0,00	514,14	20/11/2011		JHENIFER DA SILVA MARTINS
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	514,14	20/11/2011		JHENIFER DA SILVA MARTINS
3-00												
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-Data Prevista 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
121,00

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 por pessoa qualificada. 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

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 Assinatura da Empresa

CRO/PR 1206 - CNES 680895



429778
INTERCÂMBIO

Verifique se você está:

1-Registro ANS 406414

3-Dia de Emissão da Guia 27/11/2013

5-Semina AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 8097911

7-Dia Validade da Guia 12/10/2014

8-Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira 01020252966040000103

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa MARLENE CARDOSO LANCHES

11-Dia Validade da Carteira 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome DELMIR LORENO DA SILVA

17/01/1975

14-Telefone

15-Nome do titular do plano MARLENE CARDOSO

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFFER DA SILVA MARTINS

22-Nome do Contratado Executante JHENIFFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO 29859

24-UF PR

25-Código CNES

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 098313153986

27-Número no CRO 29859

28-UF PR

29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante JHENIFFER DA SILVA MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Mat	40-Dia de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
2-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
3-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
4-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
5-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
6-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
7-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
8-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
9-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
10-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
11-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
12-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
13-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
14-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	
15-0	0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00	0,00		5	01/12/2013	DELMI	

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 1178,00

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaramos, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acatamos e autorizamos a execução do tratamento, comprometendo-nos a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaramos, 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

54-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

55-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.890/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

245



CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ: 09.1906 - CNES 6808999

2-N

430583
INTERCÂMBIOPlano de Tratamento / Procedimentos SolicitadosDeclaro, que após ter sido devidamente

49-Οβσεναζόλ

Cirurgia Dentista

CRO-PR 29.859

CRU-PR 29.855

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Asexualum do BandoFado / BandoFado

1. The first step is to identify the problem or question that needs to be answered. This involves understanding the context and the specific requirements of the task.

CLINICAL

SCHERER LTD
CNPL 07 200

CRO/PR 1206-CNPS 500



430743
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dados de Emissão da Guia
3 | 0 | / | 1 | 1 | / | 2 | 0 |

4-Data de Autorização
10 | 2 | / | 1 | 1 | 2 | / | 2 | 0 |

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8102395

7-Data Validade da Guia
12 | 8 | / | 0 | 12 | / | 2 | 1 |

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 | 0 | 2 | 0 | 2 | 5 | 3 | 3 | 2 | 7 | 3 | 9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 |

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
IVONE DO PRADO

14-Teléfono
02/08/1975

15-Nome do titular do plano
IVONE DO PRADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento 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 -

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

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES
Enviar - RX

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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	11	IP	1	8 8 0 0	0 0 0					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dados Previstos Termino do Tratamento	44-Tipo de Aliamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
/ / /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcel	18 8 0 0	0 0 0								

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

CHURUGIA DENTISTA

CRQ-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 Cópia da Empresa

54-Dado, local e Assinatura da Empresa

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHENKEN LTDA.

CNPJ: 07.738.816/0001-50

CRQ/PR 1206 - CNES 68089990

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



430907
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/11 11/20

4-Data de Autenticação
10/21/11 21/20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8103114

7-Data Validade da Guia
12/81/10 21/21

8-Plano

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
CORPLIFE ADMINISTRADORA DE

11-Telefone
() () () () () ()

12-Data Validade da Carteira
() () () () () ()

13-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA JULIA DE OLIVEIRA RICARDO

31/12/2002

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

() () () () () ()

14-Data de Tratamento

15-Data de Tratamento

16-Data de Tratamento

17-Data de Tratamento

18-Data de Tratamento

19-Data de Tratamento

20-Data de Tratamento

21-Data de Tratamento

22-Data de Tratamento

23-Data de Tratamento

24-Data de Tratamento

25-Data de Tratamento

26-Data de Tratamento

27-Data de Tratamento

28-Data de Tratamento

29-Data de Tratamento

30-Data de Tratamento

31-Data de Tratamento

32-Data de Tratamento

33-Data de Tratamento

34-Data de Tratamento

35-Data de Tratamento

36-Data de Tratamento

37-Data de Tratamento

38-Data de Tratamento

39-Data de Tratamento

40-Data de Tratamento

41-Data de Tratamento

42-Data de Tratamento

43-Data de Tratamento

44-Data de Tratamento

45-Data de Tratamento

46-Data de Tratamento

47-Data de Tratamento

48-Data de Tratamento

49-Data de Tratamento

50-Data de Tratamento

51-Data de Tratamento

52-Data de Tratamento

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

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFFER DA SILVA MARTINS

23-Data de Tratamento

24-Data de Tratamento

25-Data de Tratamento

26-Data de Tratamento

27-Data de Tratamento

28-Data de Tratamento

29-Data de Tratamento

30-Data de Tratamento

31-Data de Tratamento

32-Data de Tratamento

33-Data de Tratamento

34-Data de Tratamento

26-Nome do Profissional Executante
JHENIFFER DA SILVA MARTINS

27-Data de Tratamento

28-Data de Tratamento

29-Data de Tratamento

30-Data de Tratamento

31-Data de Tratamento

32-Data de Tratamento

33-Data de Tratamento

34-Data de Tratamento

35-Data de Tratamento

36-Data de Tratamento

37-Data de Tratamento

38-Data de Tratamento

39-Data de Tratamento

40-Data de Tratamento

41-Data de Tratamento

42-Data de Tratamento

43-Data de Tratamento

44-Data de Tratamento

45-Data de Tratamento

46-Data de Tratamento

47-Data de Tratamento

48-Data de Tratamento

49-Data de Tratamento

50-Data de Tratamento

51-Data de Tratamento

52-Data de Tratamento

53-Data de Tratamento

54-Data de Tratamento

55-Data de Tratamento

56-Data de Tratamento

57-Data de Tratamento

58-Data de Tratamento

59-Data de Tratamento

60-Data de Tratamento

61-Data de Tratamento

62-Data de Tratamento

63-Data de Tratamento

64-Data de Tratamento

65-Data de Tratamento

66-Data de Tratamento

67-Data de Tratamento

68-Data de Tratamento

69-Data de Tratamento

Cirurgiã Dentista
CRO-PR 29.859

Dra. Jheniffer Martins

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SEMPRE LINDA

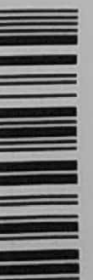
SEMPRE LINDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



1-Registro AAS 406414 3-Data de Emissão da Guia 3/0/11/1/2/0 4-Data de Autorização 0/1/1/1/2/1/2/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8103341 7-Data Validade da Senha 12/8/11/0/2/1/2/1/

430948
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0/0/2/0/2/5/2/0/6/4/8/7/0/0/0/3/8/5/0/4 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARIANA RAMOS LIED 02/07/2011 14-Telefone (14/5) 3/0/2/9/1/9/7/4/4 15-Nome do titular do plano THIAGO BORGES LIED

Dados do Contratado / Proponente 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 0/9/8/3/1/3/5/3/9/8/6/ 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	4	0	0		Silvia Maria Lued
2-												
3-												
4-												
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 34,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHENBERG JDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CNPJ/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



430951
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3/0/1/1/1/2/0/	4-Data de Autorização 0/1/1/1/2/1/2/0/	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103342	7-Cota Validade da Seria 12/8/1/0/2/1/2/1/
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	---

8-Data do Beneficiário 0/0/2/0/2/5/2/0/6/4/8/7/0/0/0/3/8/5/0/4/	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EXTRAMED ADMINISTRACAO E	11-Data Validade da Carteira / / / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome MARIANA RAMOS LIED	14-Telefone (415) 3002919744	15-Nome do titular do plano THIAGO BORGES LIED
-------------------------------	---------------------------------	---

16-Data do Contrato Respostável pelo Tratamento

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 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- Dente/Região	34- Fica	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1- 0 0 0 8 4 0 0 0 0 9 0		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			12/11/2011		
2- / / / / / / / / / / / / / /												
3- / / / / / / / / / / / / / /												
4- / / / / / / / / / / / / / /												
5- / / / / / / / / / / / / / /												
6- / / / / / / / / / / / / / /												
7- / / / / / / / / / / / / / /												
8- / / / / / / / / / / / / / /												
9- / / / / / / / / / / / / / /												
10- / / / / / / / / / / / / / /												
11- / / / / / / / / / / / / / /												
12- / / / / / / / / / / / / / /												
13- / / / / / / / / / / / / / /												
14- / / / / / / / / / / / / / /												
15- / / / / / / / / / / / / / /												

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 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 12/11/2011 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2011 Mariana Ramos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/2011
--	---	---	---

UNICA ODONTOLÓGICA

SCHENBERG LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

PRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



431114
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/11/2012

4-Data de Autorização
10/11/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8104072

7-Data Validade da Guia
10/11/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025302077000000104

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
RAFAELA ARMANDO CACERES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JACKSON MARCELO FELIPE RITA

17/02/1986

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
RAFAELA ARMANDO CACERES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação e 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 no Operador (CNPJ) / CPF
09831353986

22-Nome do Contratado Encarregado
JHENIFER DA SILVA MARTINS

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES
Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Encarregado
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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,40	0,00			10/11/2012		
2-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			10/11/2012		
3-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			10/11/2012		
4-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			10/11/2012		
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	3,60	0,00			10/11/2012		
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 Franchia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	117,80	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 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 realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
08/11/2012 Jheniffer Martins

CRO-PR-29.859

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
08/11/2012

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/11/2012

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO-PR-1206 - CNES 6808990



Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



431282
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/12/12/0	4-Data de Autorização 10/11/12/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Numero da Guia Principal 8104822	7-Data Validade da Senha 10/11/03/12/1
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 0002002529660400000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa MARLENE CARDOSO LANCHES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Numero do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome

EDUARDA CARDOSO DA SILVA

14-Teléfono

01/02/2004

MARLENE CARDOSO

15-Nome do titular do plano

MARLENE CARDOSO

16-Atendimento a RN

JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Numero 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-Numero no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

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-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Ano	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-00	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			08/11/2012		Eduarda
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/2012		Eduarda
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/2012		Eduarda
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/2012		Eduarda
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/2012		Eduarda
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00			08/11/2012		Eduarda
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento

11/11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico

45-Tipo de Faturamento
1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
174,00

47-Valor Total R\$
10,00

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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

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

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

08/11/12/12

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



431291
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 5-Dia de Emissão da Guia 01/11/21 6-Data de Autorização 01/11/21 7-Semeta AUTORIZADO 8-Número da Guia Principal 8104864 7-Data Validade da Semeta 01/11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

8-Número da Carteira 002022529660400000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MARLENE CARDOSO LANCHES 11-Data Validade da Carteira 11/11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARLENE CARDOSO 03/04/1976 14-Relação () 15-Nome do titular do plano MARLENE CARDOSO

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

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			08/11/2020		medlen
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			08/11/2020		medlen
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			08/11/2020		medlen
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			08/11/2020		medlen
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00	0,00			08/11/2020		medlen
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\$ 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 (x) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (x) 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
54-Dia, local e Assinatura do Profissional Contratado

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERRER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

1

431915
INTERCÂMBIODados do Beneficiário

¹² Número do Cartão Nacional de Saúde

15-Nome do titular do plano
GRACIELA LOURENCO BISPO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

025 - Faturar Empresa25-Código CNESCodigo CBO 5Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

Silviculture

—

—

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

10

[illegible]

Dra. Jennifer Ma

Cirurgia Dentară

CRO-PR52-Data,

1/10

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



432320
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/12/11 4-Data de Autenticação 10/13/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8109106 7-Data Validade da Sentença 10/12/11 8-Data Validade da Guia 10/13/11

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA 14-Teléfono 28021973 15-Nome do Titular do plano DELMIRA INACIO DE OLIVEIRA

16-Adesamento 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 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- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guise	42- Assinatura
1- 0 0	18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	25	1	1	7 3 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
2- 0 0	18 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	7 3 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10	10 10 10
3- 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	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial										

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.

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

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



432983
INTERCÂMBIO

1-Registro AMS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/12/11 21/210

4-Data de Autorização
10/14/11 21/210

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8111779

7-Data Validade da Senha
10/12/11 03/12/11

8-Número da Carteira
101020215201648700038505

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
EXTRAMED ADMINISTRACAO E

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDRESSA RAMOS LIED

23/09/2015

14-Telefone
(1415) 31021919744

15-Nome do titular do plano
THIAGO BORGES LIED

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
0918131353986

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

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Índice	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 Guisa	42-Assinatura
1-00	10100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/12/11	40	eliane
2-00	10100014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			11/12/11	20	eliane
3-00	10100090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			11/12/11	20	eliane
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-Data Prevista Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

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

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

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 Cópia da Empresa

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.728.196/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



432985
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/12/11 21/2101

4-Data de Autorização
10/3/11 21/2101

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8111781

7-Data Validade da Sentença
10/12/10 31/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10120251281270180000911011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
FUNDAÇÃO DE SAÚDE ITAIGUAPY

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANA PAULA FERREIRA

14-Telefone
25/03/1977

15-Nome do titular do plano
ANA PAULA FERREIRA

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 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1091813135391816

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 S
29859

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Beglio	34-Frase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclusão	42-Assinatura
1-0101	811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
3-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
4-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
5-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
6-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
7-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
8-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
9-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
10-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
11-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
12-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
13-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
14-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
15-0101	815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	36,00	0,00					
43-Data Final do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1178,00	10,00								

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

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-Ortodontista

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SOMERLINDA

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO-PR-1205-CNES 6808995

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



432992
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/02/11 2/12/10 4-Data de Autorização 10/03/11 2/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8111816 7-Dia Validade da Guia 10/02/11 03/12/11

8-Número da Carteira 10/02/11 2/12/10 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ERNESTO DIEGO GOMES VIEIRA 14-Telefone 09/11/1990 15-Nome do titular do plano ERNESTO DIEGO GOMES VIEIRA

16-Atendimento a FN 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-UF PR 20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09/08/31 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 CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-T Abeli	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00	5,00	0,00	02/12/11	Scherrer JDA	
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00	5,00	0,00	02/12/11	Scherrer JDA	
3-000												
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

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 112210 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchisa / 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 Dta. 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 Carimbo da Empresa

SCHERRER JDA. CNPJ: 07.736.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808996

2

434263
INTERCÂMBIO¹² Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome do titular do plano
PAULO ROGERIO RODRIGUES

025 -

39-Aut

—

2222

THE

—

2000

מחיר

—

1

100

7/15/16



1-Registro AINS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/12/10 4-Data de Autorização 10/07/11 12/12/10 5-Sentia AUTORIZADO 8-117085 6-Número da Guia Principal 8117085 7-Data Validade da Sentia 10/04/10 13/12/11

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 10/02/10 2/5 2/8 2/7 0/8 0/0 0/4 9/2 0/1 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 MARGARETE STUANI LUZ 02/06/1969 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MARGARETE STUANI LUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição 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 10/09/813135139816 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 / Procedimento Solicitado

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Bogilo	34- F-ace	35- Qnt	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Causa	42- Assinatura
1- 0 0	1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4	10 0		1	10/12/10		
2- 0 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6	10 0		1	10/12/10		
3- 0 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6	10 0		1	10/12/10		
4- 0 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6	10 0		1	10/12/10		
5- 0 0	1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6	10 0		1	10/12/10		
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	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$							
	1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial		1 1 7 8 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 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

CNPJ: 07.738.896/0001-50

SCHERER LTDA.

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



434901
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
04/11/2009

4-Data de Autorização
04/11/2009

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8119082

7-Data Validade da Sentença
04/10/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0020252905630002102

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
JULIA DE OLIVEIRA

21/06/2009

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
DAIANE LETICIA DE LIMA

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PR
17-Nome do Profissional Solicitante
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 -
Faturar Empresa

Enviar - RX
(1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986

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

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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Obra	42-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00					
2-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00					
3-00												
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-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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	149,00	10,00								

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 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

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

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1200 - C.F.R.S. 680899

245



434915

OK

STANICA UROLOGICĂ
SCHIȘTEIȚA.

14		10/1/12/20		12/1/20		AUTORIZADO		812		07/10/13/12/1		INTERCÂMBIO									
Dados do Beneficiário												6-Idade do Beneficiário		9-Idade		10-Endereço		11-Data de Nascimento		12-Data de Nascimento	
10-020202522043600001201201												POS REDE PRESTADORA		10-Endereço		11-Data de Nascimento		12-Data de Nascimento			
MARCIA DE LIMA												27/10/1977		14-Telefone		15-Endereço		16-Endereço			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												17-Endereço do Profissional Solicitante		18-Endereço do Profissional Solicitante		19-Endereço do Profissional Solicitante		20-Endereço do Profissional Solicitante			
16-Endereço do Profissional Solicitante												17-Endereço do Profissional Solicitante		18-Endereço do Profissional Solicitante		19-Endereço do Profissional Solicitante		20-Endereço do Profissional Solicitante			
17-Endereço do Profissional Solicitante												18-Endereço do Profissional Solicitante		19-Endereço do Profissional Solicitante		20-Endereço do Profissional Solicitante					
18-Endereço do Profissional Solicitante												19-Endereço do Profissional Solicitante		20-Endereço do Profissional Solicitante							
19-Endereço do Profissional Solicitante												20-Endereço do Profissional Solicitante									
20-Endereço do Profissional Solicitante																					
21-Endereço do Profissional Solicitante																					
22-Endereço do Profissional Solicitante																					
23-Endereço do Profissional Solicitante																					
24-Endereço do Profissional Solicitante																					
25-Endereço do Profissional Solicitante																					
26-Endereço do Profissional Solicitante																					
27-Endereço do Profissional Solicitante																					
28-Endereço do Profissional Solicitante																					
29-Endereço do Profissional Solicitante																					
30-Endereço do Profissional Solicitante																					
31-Endereço do Profissional Solicitante																					
32-Endereço do Profissional Solicitante																					
33-Endereço do Profissional Solicitante																					
34-Endereço do Profissional Solicitante																					
35-Endereço do Profissional Solicitante																					
36-Endereço do Profissional Solicitante																					
37-Endereço do Profissional Solicitante																					
38-Endereço do Profissional Solicitante																					
39-Endereço do Profissional Solicitante																					
40-Endereço do Profissional Solicitante																					
41-Endereço do Profissional Solicitante																					
42-Endereço do Profissional Solicitante																					
43-Endereço do Profissional Solicitante																					
44-Endereço do Profissional Solicitante																					
45-Endereço do Profissional Solicitante																					
46-Endereço do Profissional Solicitante																					
47-Endereço do Profissional Solicitante																					
48-Endereço do Profissional Solicitante																					
49-Endereço do Profissional Solicitante																					
50-Endereço do Profissional Solicitante																					
51-Endereço do Profissional Solicitante																					
52-Endereço do Profissional Solicitante																					
53-Endereço do Profissional Solicitante																					
54-Endereço do Profissional Solicitante																					
55-Endereço do Profissional Solicitante																					
56-Endereço do Profissional Solicitante																					
57-Endereço do Profissional Solicitante																					
58-Endereço do Profissional Solicitante																					
59-Endereço do Profissional Solicitante																					
60-Endereço do Profissional Solicitante																					
61-Endereço do Profissional Solicitante																					
62-Endereço do Profissional Solicitante																					
63-Endereço do Profissional Solicitante																					
64-Endereço do Profissional Solicitante																					
65-Endereço do Profissional Solicitante																					
66-Endereço do Profissional Solicitante																					
67-Endereço do Profissional Solicitante																					
68-Endereço do Profissional Solicitante																					
69-Endereço do Profissional Solicitante																					
70-Endereço do Profissional Solicitante																					
71-Endereço do Profissional Solicitante																					
72-Endereço do Profissional Solicitante																					
73-Endereço do Profissional Solicitante																					
74-Endereço do Profissional Solicitante																					
75-Endereço do Profissional Solicitante																					
76-Endereço do Profissional Solicitante																					
77-Endereço do Profissional Solicitante																					
78-Endereço do Profissional Solicitante																					
79-Endereço do Profissional Solicitante																					
80-Endereço do Profissional Solicitante																					
81-Endereço do Profissional Solicitante																					
82-Endereço do Profissional Solicitante																					
83-Endereço do Profissional Solicitante																					
84-Endereço do Profissional Solicitante																					
85-Endereço do Profissional Solicitante																					
86-Endereço do Profissional Solicitante																					
87-Endereço do Profissional Solicitante																					
88-Endereço do Profissional Solicitante																					
89-Endereço do Profissional Solicitante																					
90-Endereço do Profissional Solicitante																					
91-Endereço do Profissional Solicitante																					
92-Endereço do Profissional Solicitante																					
93-Endereço do Profissional Solicitante																					
94-Endereço do Profissional Solicitante																					
95-Endereço do Profissional Solicitante																					
96-Endereço do Profissional Solicitante																					
97-Endereço do Profissional Solicitante																					
98-Endereço do Profissional Solicitante																					
99-Endereço do Profissional Solicitante																					
100-Endereço do Profissional Solicitante																					

1-Região ANS 406414 2-Cidade de Emissão da Guia 07/11/2003 3-Data de Anulamento 11/11/2003 4-Forma de Pagamento 8121559 5-Forma de Pagamento 8121559 6-Data de Validade da Guia 07/11/03 7-Data de Validade da Guia 03/12/11

435555 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 00020205317679000000106

9-Endereço POS REDE PRESTADORA

10-Endereço DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data de Validade da Carteira

12-Forma de Pagamento

13-Nome BARBARA CAMILY CORREA

10/03/2003

15-Nome do titular do plano DEBORA CRISTINA CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

18-Número no CRO 29859

19-UF PR

20-Código CRO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986

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 CRO 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-Aux	40-Custo de Realização	41-Módulo da Guia	42-Assinatura
1	00	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00	0,00		34,00		SILVIA MARIA DE BARBOSA
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Dados Previstos no Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Pagamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcela	34,00	0,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) em 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. JHENIFER MARTINS Cirurgiã Dentista

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 Carimbo da Empresa

SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 6808999



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



435564

OK

4

07/11/2017

2/12/17

AUTORIZADO

812100

07/10/13/12/17

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025291609000001013

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARTINA TRAESEL KRETSCHMER

20/12/2017

14-Laboratório
()

15-Nome do titular do plano
GISELI KARENINA TRAESEL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Assinamento a RV
N
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 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
09831353986

23-Número no CRO
29859

24-UF
PR

25-Código CNES

Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100200

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-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	74	0	1	61,00	0,00				
2-0	0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	84	0	1	61,00	0,00				
3-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	62	MP	1	88,00	0,00				
4-0	0	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	61	DP	1	88,00	0,00				
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$							
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1298,00	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 e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), (for) foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

SCHEERER 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 Cartão da Empresa

CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 68089999



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



435870

INT

Identificação para você saber

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/11 12/11/2011	4-Data de Autocancelamento 10/08/11 12/11/2011	5-Sentença RIZZATO	6-Número da Guia Principal 6122641	7-Data Validade da Sentença 10/07/11 12/11/2011
--------------------------	--	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0002025317912000000101	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 435870
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO	10/06/1975	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
---	--

16-Alimentação 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 -
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 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-Dente/Raio	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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	V	1	61,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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 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(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
Clínica Dentista
CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dr. Juliany de Fatima Zilli Rizzato	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável Dr. Juliany de Fatima Zilli Rizzato	53-Data, local e Carimbo da Empresa CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---	--	--	---

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ 07.705.601/0001-00

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



436582

OK

406414

0 8 / 1 2 / 0 8 / 1 2 / 1 0

AUTORIZADO

8126332

0 8 / 1 2 / 1

436582 INTERCÂMBIO

Página do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 3 1 7 9 1 2 0 0 0 0 1 0 1

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validação da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO

10/06/1975

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano

JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteração 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 (CNO) / CPF

0 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Auf	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6 1 0 0	0 0 0 0					Silvia Rizzato
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0							

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA

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 Profissional

55-Data, local e Assinatura do Profissional

56-Data, local e Assinatura do Profissional

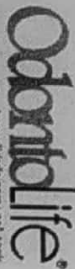
57-Data, local e Assinatura do Profissional

58-Data, local e Assinatura do Profissional

59-Data, local e Assinatura do Profissional

CNPJ: 07.738.896/0001-50

CRO/PR 1206 - CNES 680899C



Tratamento odontológico para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



437013

OK

14-Região

406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 8 2 7 0 8 0 0 0 3 9 6 0 1

9-Palmo

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ESTEFANY RAMOS PEREIRA

10/05/2000

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
ESTEFANY RAMOS PEREIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RV
N JHENIFER DA SILVA MARTINS

18-Número no CRO
29859

19-UF
PR

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF
0 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Volov	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00	511,11	20	20	20	Estefany
2-00	082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00	511,11	20	20	20	Estefany
3-00												
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-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

146,00

47-Valor Total R\$

10,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgia Dentista

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

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

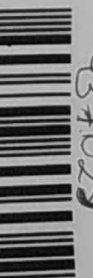
CRO-PR-29.859

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente

CNPJ: 07.728.850/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



437023

OK

406414

08/11/2019

09/11/2019

AUTORIZADO

8128625

10/11/2019

INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira

000202531791200000102

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

11/11/2019

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

12345678901234567890

13-Nome

DANIEL APARECIDO RIZZATO

01/07/1971

14-Telefone

(11) 1111-1111

15-Nome do titular do plano

JULIANY DE FATIMA ZILLI RIZZATO

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

16-Adesão 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 -

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 S

025 -

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela

31-Código do Procedimento

1085100196

32-Descrição

RESTAURAÇÃO RESINA

33-Dentista/Região

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Fratura/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Moeda da Glória

42-Assinatura

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

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Total Fratura / Co-participação R\$

49-Observação

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

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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 Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

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-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial

47-Valor Total US 6,110,00

48-Total Fratura / Co-participação R\$

49-Observação

Dado, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, solicito 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

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 Beneficiário / Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável



438058
INTERCAMBIO

1-Registro AOS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/11/2009 4-Data de Autorização 11/11/2009 5-Serinha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8133208 7-Data Validação da Guia 10/10/2009

8-Número da Carteira 000202529056300002102 POS REDE PRESTADORA 9-Plano 10-Empresa SOMARE IGUASSU TERAPIA LTDA 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome JULIA DE OLIVEIRA 21/06/2009 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano DAIANE LETICIA DE LIMA

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 / CNPJ / CPF 09831353986 22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 23-Número no CRO 29859 24-UF PR 25-Código CNES 0985100226 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-UF PR 29-Código CBO S 0985100226

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Meio da Guia	42- Assinatura
1- 00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	12	VM DP	1	122,00	0,00			10/11/2009		
2- 00	085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM DP	1	122,00	0,00			10/11/2009		
3- 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-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Odontologia 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\$

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

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

CLÍNICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.

CNPJ: 07.735.599/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808995

2

438066INTERCAMBIO¹²Número do Cartão Nacional de Saúde.

OPES DOS SANTOS

025 -

Laurea in Ingegneria

29-Código CBO S

--	--

Intentione
Intentione
Intentione

48-Total Franquia / Co-participação R\$

Dra. Jheniffer Martins

~~CRD-PR-29,859~~

SCHEERER LTD.
CNPJ: 07.738.806/0001-50

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^ªª



438251
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
10/11/2012

4-Data de Autorização
11/01/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8134212

7-Data Validade da Senha
11/01/2013

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0102025302543000010101

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
OSEIAS DA SILVEIRA

21/02/1981

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
OSEIAS DA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ambulatório 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
09831353986

22-Nome do Contratado Executante
JHENIFFER DA SILVA MARTINS

23-Nome do Profissional Executante
JHENIFFER DA SILVA MARTINS

24-Número no CRO
29859

25-UF
PR

26-Código CBO S

27-Valor
PR

28-Código CBO S

29-Valor
PR

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- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-010	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00				10/12/2012		
2-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
3-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
4-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
5-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
6-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
7-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
8-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
9-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
10-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
11-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
12-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
13-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
14-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		
15-010	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		36,00				10/12/2012		

43-Data Fim 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 Franchia / 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 Cartão da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Profissional

55-Data, local e Assinatura do Profissional

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

CLINICA ODONTOLÓGICA
SCHERER LTDA.
CNPJ: 07.738.896/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



439331
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 5-Dados de Emissão de Guia 11/11/2017 4-Data de Autorização 11/11/2017 6-Será Autorizado 8138516 7-Data Validade da Guia 11/11/2017 439331 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 010202152916090000103 9-Patrimônio POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 11/11/2017 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome MARTINA TRAESEL KRETSCHMER 20/12/2017 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GISELI KARENINA TRAESEL

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 Enviar - RX 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- Ace	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	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	52	IP	1	88,00	0,00	0,00	0,00	11/12/2017		
2-												
3-												
4-												
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-Totál 2-Parcial 46-Totál Quantidade US 88,00 47-Valor Totál R\$ 10,00 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(a) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e 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-Operadora 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
SOLANGE T. DA
CNPJ: 07.738.894/0001-50
CRO/PR 1206 - CNES 6808999



440596
INTERCÂMBIO

Verifique para você aqui

1-Registro ANS 406414 2-Dados de Emissão da Guia 14/11/2010 3-Data de Autenticação 15/11/2010 4-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8144278 7-Data Validade da Guia 14/10/2011

8-Número da Carteira 0002025304291000000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome UELIDA PAMELA DE FREITAS 14-Telefone 15-Nome do titular do plano UELIDA PAMELA DE FREITAS

Data do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS 18-Número no CRO 29859 19-LUF PR 20-Código CRO 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-LUF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS 27-Número no CRO 29859 28-LUF PR 29-Código CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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-Assinatura
1-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00	0,00	0	11/12/20	20	20/12/20
2-												
3-												
4-												
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 61,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

Dra. Jheniffer Martins

Cirurgiã Dentista

CRO-PR 29.859

50-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Conselho-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 SCHERER FADA

CNPJ: 07.738.846/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999

21

441106
INTERCÂMBIO

JOSIANE STEFANI SUTIL DE SANTANA

Faturar EmpresaAssessments

o que assina esse documento, os valores
