



379942
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/09/20	4-Data de Autorização 22/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7889530	7-Data Validade da Senha 20/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020252834890000403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GISELE ELIANE DE OLIVEIRA RICARDO		14-Telefone 07/11/1973	15-Nome do titular do plano RAIMUNDO DE ALMEIDA RICARDO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	PM	1	88,00	0,00		S	01/10/20		[Assinatura]
2-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PD	1	88,00	0,00		S	01/10/20		[Assinatura]
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 176,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	Dra. Jheniffer Martins Cirurgiã Dentista CRO-PR 29.869			50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/10/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/10/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808999
---------------	--	--	--	--	--	--	--



374679
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/09/20	4-Data de Autorização 15/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7867971	7-Data Validade da Senha 13/12/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253110970000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome THAUANY VITORIA PEREIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano THAISLAINE NAIR PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS		27-Número no CRO 29859	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	D	1	61,00	0,00		S	01/10/20		Thauany
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	01/10/20		Thauany
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	01/10/20		Thauany
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 237,00	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
. Imagens analisadas.

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 01/10/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/10/20 Thauany	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/10/20
--	---	---	---

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



349273
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/07/20	4-Data de Autorização 04/08/20	5-Senha CONCLUIDO	6-Número da Guia Principal 7752113	7-Data Validação da Senha 29/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531189700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		14-Telefone 30/04/1984	15-Nome do titular do plano RODRIGO BOUCINHA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JHENIFER DA SILVA MARTINS	18-Número no CRO 29859	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09831353986	22-Nome do Contratado Executante JHENIFER DA SILVA MARTINS	23-Número no CRO 29859	24-UF PR	25-Código 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-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/20		Rodrigo
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/09/20		Rodrigo
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		Rodrigo
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/09/20		Rodrigo
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/09/20		Rodrigo
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 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/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 01/09/20 Jheniffer Martins	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/09/20 Rodrigo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/09/20 CLÍNICA ODONTOLÓGICA SCHERER LTDA. CNPJ: 07.738.896/0001-50 CRO/PR 1206 - CNES 6808990
---------------	---	--	---	---	--