



400129
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7975836	7-Data Validade da Senha 18/01/21
Dados do Beneficiário			10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		
8-Número da Carteira 00202531175400028902			11-Data Validade da Carteira / /		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome CARLOS DE ALMEIDA			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 07/05/1969			15-Nome do titular do plano JANETE ANITA NERLING DE ALMEIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		19-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		20-Código CBO S 06	
				24-UF PR	
				25-Código CNES	
				28-UF PR	
				29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/11/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/11/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/11/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 03/11/20 [Carimbo]
--	--	--	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24



416857
INTERCÂMBIO

1-Registro AAS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/11/20 4-Data de Autocréto 13/11/20 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8043832 7-Data Validade da Senha 09/02/21

8-Número da Carteira 0020252743090000201 9-Patino POS REDE PRESTADORA 10-Empresa MUNICÍPIO DE SAO PEDRO DO 11-Data Validade da Carteira 11/11/21 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome NILSON DELGADO DE OLIVEIRA 16/08/1976 14-Telefone 15-Nome do titular do plano NILSON DELGADO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI 18-Número no CRO 15851 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951 22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 23-Número no CRO 15851 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 27-Número no CRO 15851 28-UF PR 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Indicador
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S		
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S		
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S		
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S		
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S		
6-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		35,00	0,00		S		
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 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchising / 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/20 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/20 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/02/21 53-Dia, local e Cópia da Empresa 11/11/20 54-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/20

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



404421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/6/11 10/12/10 4-Data de Autorização 12/6/11 10/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7993726 7-Data Validade da Guia 12/4/10 11/12/11

8-Número da Carteira 000202531175400022304 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade do Plano 13-Nome VOLMIR MARASCHINI 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano TERESINHA MARASCHINI DE SOUZA 16-Data de Tratamento 27/04/1974

17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI 18-Número no CRO 15851 19-UF PR 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951 22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 23-Número no CRO 15851 24-UF PR 25-Código CNES 025 - 26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 27-Número no CRO 15851 28-UF PR 29-Código CBO S 29-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 30-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 31-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 32-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 33-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 34-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 35-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 36-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 37-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 38-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 39-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 40-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 41-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 42-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 43-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 44-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 45-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 46-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 47-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 48-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 49-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 50-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 51-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 52-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 53-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 54-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 55-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 56-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 57-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 58-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 59-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 60-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 61-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 62-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 63-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 64-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 65-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 66-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 67-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 68-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 69-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 70-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 71-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 72-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 73-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 74-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 75-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 76-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 77-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 78-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 79-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 80-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 81-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 82-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 83-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 84-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 85-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 86-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 87-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 88-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 89-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 90-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 91-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 92-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 93-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 94-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 95-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 96-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 97-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 98-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 99-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 - 100-Valor da Franquia / Co-participação R\$ 025 -

30-Tabele	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Valor da Guia / Co-participação
1-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	S		
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S		
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAE	1	1	35,00	0,00	0,00	S		
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAD	1	1	35,00	0,00	0,00	S		
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
7-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
8-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
9-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
10-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
11-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
12-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
13-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
14-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									
15-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO									

43-Data Pressão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 140,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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 Carimbo da Empresa 54-Data local e Carimbo da Empresa 55-Data local e Carimbo da Empresa 56-Data local e Carimbo da Empresa 57-Data local e Carimbo da Empresa 58-Data local e Carimbo da Empresa 59-Data local e Carimbo da Empresa 60-Data local e Carimbo da Empresa 61-Data local e Carimbo da Empresa 62-Data local e Carimbo da Empresa 63-Data local e Carimbo da Empresa 64-Data local e Carimbo da Empresa 65-Data local e Carimbo da Empresa 66-Data local e Carimbo da Empresa 67-Data local e Carimbo da Empresa 68-Data local e Carimbo da Empresa 69-Data local e Carimbo da Empresa 70-Data local e Carimbo da Empresa 71-Data local e Carimbo da Empresa 72-Data local e Carimbo da Empresa 73-Data local e Carimbo da Empresa 74-Data local e Carimbo da Empresa 75-Data local e Carimbo da Empresa 76-Data local e Carimbo da Empresa 77-Data local e Carimbo da Empresa 78-Data local e Carimbo da Empresa 79-Data local e Carimbo da Empresa 80-Data local e Carimbo da Empresa 81-Data local e Carimbo da Empresa 82-Data local e Carimbo da Empresa 83-Data local e Carimbo da Empresa 84-Data local e Carimbo da Empresa 85-Data local e Carimbo da Empresa 86-Data local e Carimbo da Empresa 87-Data local e Carimbo da Empresa 88-Data local e Carimbo da Empresa 89-Data local e Carimbo da Empresa 90-Data local e Carimbo da Empresa 91-Data local e Carimbo da Empresa 92-Data local e Carimbo da Empresa 93-Data local e Carimbo da Empresa 94-Data local e Carimbo da Empresa 95-Data local e Carimbo da Empresa 96-Data local e Carimbo da Empresa 97-Data local e Carimbo da Empresa 98-Data local e Carimbo da Empresa 99-Data local e Carimbo da Empresa 100-Data local e Carimbo da Empresa



386866
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 30/09/20	4-Data de Autorização 02/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7923684	7-Data Validade da Senha 29/11/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531688300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELISABETE PAULINO DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELISABETE PAULINO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/11/2020
---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO PR 15851

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.14



386881
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

3-Dados de Emissão do Guia 13/01/09 12:01

4-Data de Autocancelamento 10/7/11 10:21:01

5-Sentença AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 7923694

7-Data Validade da Sentença 12/9/11 12:12:01

8-Número da Carteira 000202531688300000101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ELISABETE PAULINO DA SILVA

14-Telefone

15-Nome do titular do plano ELISABETE PAULINO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N

17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

18-Número no CRO 15851

19-UF PR

20-Código CBO S 06

21-UF PR

22-UF PR

23-Código CMES

24-Código CBO S

25-UF PR

26-Código CBO S

27-UF PR

28-UF PR

29-UF PR

30-UF PR

31-UF PR

32-UF PR

33-UF PR

34-UF PR

35-UF PR

36-UF PR

37-UF PR

38-UF PR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 032498129511

22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

18-Número no CRO 15851

19-UF PR

20-Código CBO S

21-UF PR

22-UF PR

23-Código CMES

24-Código CBO S

25-UF PR

26-Código CBO S

27-UF PR

28-UF PR

29-UF PR

30-UF PR

31-UF PR

32-UF PR

33-UF PR

34-UF PR

35-UF PR

36-UF PR

37-UF PR

38-UF PR

26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

18-Número no CRO 15851

19-UF PR

20-Código CBO S

21-UF PR

22-UF PR

23-Código CMES

24-Código CBO S

25-UF PR

26-Código CBO S

27-UF PR

28-UF PR

29-UF PR

30-UF PR

31-UF PR

32-UF PR

33-UF PR

34-UF PR

35-UF PR

36-UF PR

37-UF PR

38-UF PR

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-Método de Gesso 42-Atendimento

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Operação

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

54-Data, local e Carimbo da Empresa

55-Data, local e Carimbo da Empresa

56-Data, local e Carimbo da Empresa

57-Data, local e Carimbo da Empresa

58-Data, local e Carimbo da Empresa

59-Data, local e Carimbo da Empresa

60-Data, local e Carimbo da Empresa

61-Data, local e Carimbo da Empresa

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(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-Operação

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

54-Data, local e Carimbo da Empresa

55-Data, local e Carimbo da Empresa

56-Data, local e Carimbo da Empresa

57-Data, local e Carimbo da Empresa

58-Data, local e Carimbo da Empresa

59-Data, local e Carimbo da Empresa

60-Data, local e Carimbo da Empresa

61-Data, local e Carimbo da Empresa

62-Data, local e Carimbo da Empresa

63-Data, local e Carimbo da Empresa

64-Data, local e Carimbo da Empresa

65-Data, local e Carimbo da Empresa

66-Data, local e Carimbo da Empresa

67-Data, local e Carimbo da Empresa

68-Data, local e Carimbo da Empresa



407853
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 16/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8008051	7-Data Validade da Senha 27/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531175400022304		14-Telefone () 9937-5912		15-Nome do titular do plano TERESINHA MARASCHINI DE SOUZA	
13-Nome VOLMIR MARASCHINI		27/04/1974			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
			025 - Faturar Empresa		

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 Causa 42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00				
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00				
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 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/20
---	---	---	---

Odontolife

Leituras para x14 por

09/10
15:30

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro AHS 406414 3-Data de Emissão da Guia 04/10/2012 4-Data de Autorização 05/10/2012 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7850142 7-Data Validade da Guia 03/12/2012 370425 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0020252628780001901 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa R S SISTEMAS E INFORMATICA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LINCOLN MENDES GONCALVES 14-Telefone 29/11/1996 15-Nome do titular do plano LINCOLN MENDES GONCALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Alteramento a RIN 17-Nome do Profissional Societário ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI 18-Número no CRO 15851 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951 22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 23-Número no CRO 15851 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 27-Número no CRO 15851 28-UF PR 29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guin	42-Valor Total R\$	43-Valor Total R\$	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Coparticipação R\$
1-0	0182000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	73,00	0,00	0,00	S							73,00	0,00	
2-1																		
3-1																		
4-1																		
5-1																		
6-1																		
7-1																		
8-1																		
9-1																		
10-1																		
11-1																		
12-1																		
13-1																		
14-1																		
15-1																		

43-Data 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 73,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Coparticipação 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 acordo com a realidade. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 09/11/2012 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012 53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2012 CLOVIS ZAMUNER JUNIOR CRO



370080
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2019	4-Data de Autorização 05/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848897	7-Data Validade da Senha 03/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa R S SISTEMAS E INFORMATICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202526287800001901					
13-Nome LINCOLN MENDES GONCALVES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LINCOLN MENDES GONCALVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (IF) 5181-113
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00	5181	REMOCAO DE DENTES SUPRA-									
		S3		1	360,00	0,00				S	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 360,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/11/2019
---------------	---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



403293
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
 406414

3-Data de Emissão da Guia
 23/11/2012

4-Data de Autorização
 12/01/2012

5-Semana
 AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
 7989142

7-Data Validade da Semana
 21/01/2012

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira
 0020253188150000103

9-P 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
 FABIANE KOSIOWSKI

22/12/1986

15-Nome do titular do plano
 ALCEU JOSE CRISTOFERI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
 ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

18-Número no CRO
 15851

19-UF
 PR

20-Código CBO S
 06

025 -
 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 003249812951

22-Nome do Contratado Executante
 CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

23-Número no CRO
 15851

24-UF
 PR

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
 CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

27-Número no CRO
 15851

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- Método de Carga Qd-Atendimento
1-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50,00	0,00				
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50,00	0,00				
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50,00	0,00				
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50,00	0,00				
5-00	081000300	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00				
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											

42-Data Previsto Término do Tratamento
 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

43-Data Previsto Término do Tratamento
 1-1 Total 2-Parcial

44-Total Quantidade US
 174,00

45-Valor Total R\$
 0,00

46-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração, 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), (foram realizado(s) com meu consentimento e de) (irma solidária. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
 15/01/11/2012 *Fun Jan*

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 15/01/11/2012 *Fun Jan*

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
 15/01/11/2012 *Alceu Jose Cristoferi*

53-Data, local e Cambio da Empresa
 15/01/11/2012 *Clovis Zamuner Jr. ORTODONTISTA CRO-PR 15851*



371221
INTERCÂMBIO

Interligados (para uso do Sesi)

1-Registro AAS
406414

3-Data de Emissão de Guia
08/06/1995

4-Data de Autorização
11/01/09/12/10

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7853147

7-Data Validação da Série
10/07/11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002102531405700000101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

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

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EVELIN MAYARA FARIA TOLEDO

08/06/1995

15-Nome do titular do plano
EVELIN MAYARA FARIA TOLEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Avornamento a RN
ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

17-Nome do Profissional Solitante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

18-Número no CRO
15851

19-UF
PR

20-Código CBO S
025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
032498129511

22-Nome do Contratado Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

23-Número no CRO
15851

24-UF
PR

25-Código CNES
(0) 82001294-48

26-Nome do Profissional Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

27-Número no CRO
15851

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-Nome da Clínica	42-Assinatura
1-0	0	8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48	1	18 6 10 10	10 10 10					
2-0	0	8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	17	1	7 3 10 10	10 10 10					
3-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3 5 10 10	10 10 10					
4-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3 5 10 10	10 10 10					
5-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3 5 10 10	10 10 10					
6-0	0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3 5 10 10	10 10 10					
7-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3 4 10 10	10 10 10					
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Dias Previsto Termino do Tratamento	44-Tipo de Avornamento	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	14 3 3 10 10	10 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

CLOVIS ZAMUNER JR.
ODONTOLISTA

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
04/11/2012
51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
04/11/2012
52-Data local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
04/11/2012
53-Data local e Carimbo da Empresa
04/11/2012

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

247



432378
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414

4-Data de Autorização 10/08/12 12:00

6-Número da Guia Principal 8109332

7-Data Validade da Guia 10/12/13 12:11

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira 10 0 2 0 2 5 3 1 8 8 1 5 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 ALCEU JOSE CRISTOFERI

24/03/1964

14-1 Região

15-Nome do titular do plano ALCEU JOSE CRISTOFERI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN

17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

18-Número no CRO 15851

19-UF PR

20-Código CBO S 06

25-Código CHES Enviar - RX (1) 85100200

21-Código na Operadora / CNP / CPF

10 3 2 4 9 8 1 2 9 5 1

22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

23-Número no CRO 15851

24-UF PR

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

27-Número no CRO 15851

28-UF PR

29-Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	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 (2-Resposta)
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3 4 0 0	0 0 0 0		S		
2	0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 0 0	0 0 0 0		S		
3	0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 0 0	0 0 0 0		S		
4	0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 0 0	0 0 0 0		S		
5	0 0 8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 0 0	0 0 0 0		S		
6	0 0 8 5 1 0 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	21 VM	1	1	8 8 0 0	0 0 0 0		S		
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s) (ou/ourem 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.

45-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 12/12/2012 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/12/2012 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 14/12/2012 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/12/2012 [Assinatura]



440691
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 18/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8144790	7-Data Validade da Senha 15/11/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202527525200000701			10-Empresa E F FURLANETTO BILERT	11-Data Validade da Carteira / /	
9-Plano POS REDE PRESTADORA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ELIANE TEREZINHA FURLANETTO LIBERALI	
13-Nome ELIANE TEREZINHA FURLANETTO LIBERALI			15/11/2012		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		28-UF PR	29-Código CBO S 06
025 - Faturar Empresa					

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 Gêss	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2012
53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2012	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado 18/11/2012



425269
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8079574	7-Data Validade da Senha 21/02/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ASSOC COMERCIAL E	11-Data Validade da Carteira / /
6-Número da Carteira 0020250936600007801		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MICHELLE VITORINO MUMBACH	
13-Nome MICHELLE VITORINO MUMBACH					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CHES
			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
			025 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,500	0,00					<i>Michelle</i>
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,500	0,00					<i>Michelle</i>
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,500	0,00					<i>Michelle</i>
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,500	0,00					<i>Michelle</i>
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20 <i>Clovis Zamuner Jr.</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20 <i>Clovis Zamuner Jr.</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20 <i>Michelle V.</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20 <i>Clovis Zamuner Jr.</i>
---------------	---	---	--	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



442406
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152324	7-Data Validação da Senha 17/03/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HEISS COMERCIO DE FERROS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 00202509389500000201		14-Telefone (45) 3278-7988		15-Nome do titular do plano MARIA ILSE LIMBERGER	
13-Nome MARIA ILSE LIMBERGER		25/07/1984			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			nao
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			nao
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			nao
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			nao
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			nao
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado CRO PR 15851
---------------	---	---	---	---	--



420427
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 25/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8059388	7-Data Validade da Senha 15/02/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 002025311754000000702		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		15-Nome do titular do plano TANIA SALETE DE SOUZA BARICHELLO	
13-Nome REMI STEFANELLO BARICHELLO		14-Telefone () -		16-Data de Nascimento 16/09/1956	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		23-Número no CRO 15851	24-UF PR
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR
29-Código CBO S		30-UF		31-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 Guise	42-Assinatura
1-	0085200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 333,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/20
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-14



435619
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/07/12	4-Data de Autorização 10/09/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8126390	7-Data Validade da Senha 10/03/11
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 100202502683600712401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ADRIANO PEREIRA DE SOUZA		14-Telefone (145) 3252-9768	15-Nome do titular do plano ADRIANO PEREIRA DE SOUZA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 103249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 85200158-27

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-	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	533,00	0,00		S			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
17/11/12
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
17/11/12
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
17/11/12
53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/11/12



401734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2/2/10/2/0 4-Data de Autorização 2/3/10/2/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7982425 7-Data Validade da Senha 2/0/10/1/2/1

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira 00202531175400031902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome APARECIDA DE FATIMA DA PAZ 14-Telefone () - 22/01/1961 15-Nome do Titular do plano TATIANE DA SILVA SILVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI 18-Número no CRO 15851 19-UF PR 20-Código CBO S 06 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951 22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 23-Número no CRO 15851 24-UF PR 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 27-Número no CRO 15851 28-UF PR 29-Código CBO S
Enviar - RX (IF) 85200166-15

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	15		1	258,00	0,00		S			
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 292,00 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: Enviar rx inicial e final na produção.

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

CLOVIS ZAMUNER JR.
ODONTOLÓGICA
CRO-PR 16851



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012 4-Data de Autorização 23/11/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7977795 7-Data Validade da Guia 19/10/2012 400561 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 010120125277974000000103 9-Piloto POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUADROS GOTTARDI LTDA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome NATÁLIA DE QUADROS DE SALES 03/05/2002 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano VIVIANI DE QUADROS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI 18-Número no CRO 15851 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora (CNPJ) CPF 032249812951 22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 23-Número no CRO 15851 24-UF PR 25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001286-48 26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR 27-Número no CRO 15851 28-UF PR 29-Código CBO S (I) 82001286-28 (I) 82001286-38

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Sid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franchise/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Clínica	42- Autorização
1- 0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	3 6 1 0 0	0,00	0,00				
2- 0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	3 6 1 0 0	0,00	0,00				
3- 0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	3 6 1 0 0	0,00	0,00				
4- 0	0	8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	48	1	3 6 1 0 0	0,00	0,00				
5- 1	1											
6- 1	1											
7- 1	1											
8- 1	1											
9- 1	1											
10- 1	1											
11- 1	1											
12- 1	1											
13- 1	1											
14- 1	1											
15- 1	1											
43- Data Prevista Término do Tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Faturamento	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franchise / Co-participação R\$							
1- 1	1- Tratamento Odontológico	1- Total	1 4 4 0 0	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

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 02/11/2012 [Assinatura] 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2012 [Assinatura] 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2012 Natália 53-Data local e Carimbo da Empresa 02/11/2012 CLOVIS ZAMUNER JUNIOR CRO-PR 15851

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



379386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2019	4-Data de Autorização 25/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7887138	7-Data Validade da Senha 20/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020253139770000202	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIPRIME PIONEIRA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome CAMILA CAMPOS SANTANA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANDREA CAMPOS	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

025 -
Faturar Empresa

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-	0082000883	FRENULECTOMIA LABIAL			1	212,00	0,00					
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 246,00	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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/11/2019
---	---	---	---



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2x4"



423106
INTERCÂMBIO

Itaque, peca voce, kufir

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
19/11/2012

4-Data de Autorização
23/11/2012

5-Semá
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8070141

7-Data Validade da Guia
17/10/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
002025317540001105

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SINDICATO DOS SERVIDORES

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EULER LAVARDA

06/09/1962

14-Telefone
()

15-Nome do titular do plano
LEDA LAVARDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

18-Número no CRO
15851

19-UF
PR

20-Código CBO S
06

21-UF
PR

22-Código CNES
025 -

23-UF
PR

24-Código CBO S
025 -

25-UF
PR

26-Nome do Profissional Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

27-Número no CRO
15851

28-UF
PR

29-Código CBO S
025 -

30-UF
PR

31-Código CNES
025 -

32-UF
PR

33-Código CBO S
025 -

34-UF
PR

35-Código CNES
025 -

36-UF
PR

37-Código CBO S
025 -

38-UF
PR

39-Código CNES
025 -

40-UF
PR

41-Código CBO S
025 -

42-UF
PR

43-Código CNES
025 -

44-UF
PR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchising/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Número da Guia	42-Valor
-----------	---------------------------	--------------	-----------------	----------	--------	------------------	----------	------------------------------------	--------	-----------------------	-------------------	----------

1-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

23												
	1											
		2										
			3									
				4								
					5							
						6						
							7					
								8				
									9			
										10		
											11	
												12

2-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

3-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

3-00	82000875																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

6-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

7-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

8-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

9-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

10-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

11-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

121																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

16-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

17-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

15																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

44- Tipo de Atendimento	1- Total 2- Parcel									
45- Data Previsto Término do Tratamento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

20-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

21-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

22-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

23-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

24-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

50-002, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

26-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

27-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

28-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

29-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

30-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

31-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

32-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

33-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

34-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

35-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

36-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

37-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

38-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

39-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

40-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

41-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

42-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

43-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

44-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

45-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

46-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

47-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

48-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

49-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

50-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

51-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

52-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

53-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

54-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

55-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

56-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

57-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

58-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

59-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

60-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

61-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

62-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

63-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

64-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

65-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

66-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

67-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

68-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

69-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

70-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

71-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

72-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

73-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

74-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

75-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

76-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

77-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												

78-0	0	8	2	0	0	8	7	5				
EXODONTIA SIMPLES DE												



419316
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8054579	7-Data Validade da Senha 14/02/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional da Saúde		
8-Número da Carteira 0020253117540001105	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome EULER LAVARDA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEDA LAVARDA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	27-Número no CRO 15851	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 Class	42-Assinatura
1	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	15		1	73,00	0,00		S	/ /		
2	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/11/2012
---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851

244



Digitalizado com CamScanner



373098
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/10/2019	4-Data de Autorização 11/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7860445	7-Data Validade da Senha 09/12/2019
Dados do Beneficiário			10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		
8-Número da Carteira 00202531175400022204			11-Data Validade da Carteira / /		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome JUAREZ PEREIRA DA SILVA			14-Telefone () -		
15-Nome do titular do plano ARIANI DE SOUZA SILVA			16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI			18-Número no CRO 15851		
19-UF PR			20-Código CBO S 06		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		
23-Número no CRO 15851			24-UF PR		
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		
27-Número no CRO 15851			28-UF PR		
29-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S			
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/2019
---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ODONTISTA
CRO-PR 15851



436604
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8126429	7-Data Validação da Senha 08/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202532544500000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome VANESSA APARECIDA ARAUJO	14-Telefone () 9801-4356	15-Nome do titular do plano EUNICE APARECIDA DOMINGUES			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	7,300	0,00					Eunice
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	7,300	0,00					
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	7,300	0,00					
4	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	7,300	0,00					Eunice
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 292,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/20 Eunice Ap. Domingues	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/12/20
---	---	--	---



400843
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
21/10/20

4-Data de Autorização
23/10/20

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7978809

7-Data Validade da Senha
19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202509395600011101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
KINDERSPIEL BRINQUEDOS LTDA

11-Data Validade da Carteira
/ /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
MARCOS ALEXANDRE DE LIMA

22/09/1996

14-Telefone
() -

15-Nome do titular do plano
MARCOS ALEXANDRE DE LIMA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

18-Número no CRO
15851

19-UF
PR

20-Código CBO S
06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
03249812951

22-Nome do Contratado Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

23-Número no CRO
15851

24-UF
PR

25-Código CNES

Enviar - RX
(I) 82001294-28
(I) 82001294-38

26-Nome do Profissional Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

27-Número no CRO
15851

28-UF
PR

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00					
2-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00					
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
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
406,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
09/12/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
09/12/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
09/12/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/12/20

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-4*

423502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 20/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8072023	7-Data Validade da Senha 18/02/21
Dados do Beneficiário			10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0020253117540030202			9-Plano POS REDE PRESTADORA	15-Nome do titular do plano NAACAO LUIZ DA SILVA	
13-Nome RAQUEL KAUANE GLITZ DA SILVA			14-Teléfono 31/10/2002 () 3055-3905		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001286-48 (I) 82001286-28 (I) 82001286-38		

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 Class	42-Assinatura
1	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	18		1	361,00	0,00		S			
2	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S			
3	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	361,00	0,00		S			
4	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S			
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
144,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/12/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/12/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/12/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/12/2012

ORTODONTISTA
CRO-PR 15851

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



384715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/09/20	4-Data de Autorização 29/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7912157	7-Data Validade da Senha 27/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531095100001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome SOLANGE DA ROSA		14-Telefone () -	15-Data Validade da Carteira / /		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00					Solange
2-	008100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					Solange
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 107,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/20 Solange	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/20
---------------	---	---	---	---



400594
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977903	7-Data Validade da Senha 19/01/2013
8-Número da Carteira 0020252759040000101			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome SARA ELEN DOS SANTOS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SARA ELEN DOS SANTOS	

16-Alendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-18 (I) 82001294-28 (I) 82001294-38
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CHES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR				27-Número no CRO 15851	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	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S			Sara S.
2	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S			Sara S.
3	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S			Sara S.
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Alendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 558,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/11/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2012 Sara S. [Assinatura]	53-Data, local e Assinatura da Empresa 05/11/2012 [Assinatura]
--	--	--	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



400585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/11/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977883	7-Data Validade da Senha 19/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531175400047201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDIPO FERREIRA DE SOUZA	
13-Nome EDIPO FERREIRA DE SOUZA		30/08/1988		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 82001294-38
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR					

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 Gema	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S			Edipo
2	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	86,00	0,00		S			Edipo
3	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	86,00	0,00		S			Edipo
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 445,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/12/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/12/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/2012 Edipo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/12/2012 [Carimbo]
--	--	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



436553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8126186	7-Data Validade da Senha 08/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253238830000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALISSON GONCALVES BARRETO	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ALISSON GONCALVES BARRETO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALISSON GONCALVES BARRETO	
			11/08/1992		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (IF) 85200158-46
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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 Causa	42-Assinatura
1	0085200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 533,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/20 Clovis Zamuner Jr.	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/20 Clovis Zamuner Jr.	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/20 Clovis Zamuner Jr.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/20 CLOVIS ZAMUNER JR. ORTODONTISTA CRO-PR/15851
--	--	--	---



404616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 26/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7994566	7-Data Validade da Senha 24/01/2013
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 00202531175400022304	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome VOLMIR MARASCHINI			14-Telefone (11) 9937-5912	15-Nome do titular do plano TERESINHA MARASCHINI DE SOUZA	
27/04/1974					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
25-Código CNES			26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	27-Número no CRO 15851	28-UF PR
29-Código CBO S			025 - Faturar Empresa		

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 Gênes	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	21		1	73,00	0,00					
2-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	45		1	73,00	0,00					
3-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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.

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
180,00

47-Valor Total R\$
0,00

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

49-Observação

50-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
16/11/2012

51-Dado, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
16/11/2012

52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
16/11/2012

53-Dado, local e Carimbo da Empresa
16/11/2012



380956
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2019	4-Data de Autorização 29/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7894044	7-Data Validade da Senha 21/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531662700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VIVIANE SILVA DOS SANTOS		14-Telefone 23/03/1993	15-Nome do titular do plano VIVIANE SILVA DOS SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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 Class	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2019 Viviane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2019
---------------	---	---	---	---

OdontoLife
ORTODONTISTA
CBO-PR 15851



383295
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/09/20	4-Data de Autorização 30/09/20	5-Senha AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7906741	7-Data Validade da Senha 24/12/20
Dados do Beneficiário					
6-Número da Carteira 00202509415200022601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PRIMATO COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VINICIUS JESUS DE OLIVEIRA		14-Telefone 27/07/1977	15-Nome do titular do plano VINICIUS JESUS DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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

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

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos 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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2020
---------------	---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-HP



384644
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2012	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7911884	7-Data Validade da Senha 12/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531175400012104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAMILY GABRIELI DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do Titular do plano JOELMA DOS SANTOS SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	

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

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2012 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2012 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2012 <i>family</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2012 <i>[Carimbo]</i>
---	---	---	--



384655
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 28/09/20	4-Data de Autorização 06/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7911902	7-Data Validade da Senha 27/12/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531175400012104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JAMILY GABRIELI DE SOUZA		14-Telefone 06/12/2004	15-Nome do titular do plano JOELMA DOS SANTOS SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2020 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2020 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2020 <i>family</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2020 <i>[Carimbo]</i>
---	---	---	--



442420
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/2012	4-Data de Autorização 17/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8152350	7-Data Validade da Guia 17/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202509389500002501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HEISS COMERCIO DE FERROS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENATA CAROLINA CRUZ DOS SANTOS DE OLIVE		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RENATA CAROLINA CRUZ DOS SANTOS DE OLIVE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951	22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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 Causa 42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S		
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/12
---	---	---	---

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

3x4"



384630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 28/09/20		4-Data de Autorização 06/10/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7911840		7-Data Validade da Guia 27/12/20		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Beneficiário						10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES						15-Nome do titular do plano JOELMA DOS SANTOS SILVA					
8-Número da Carteira 00202531175400012104						9-Plano POS REDE PRESTADORA						14-Telefone () -					
13-Nome JAMILY GABRIELI DE SOUZA						16-Número no CRO 15851						19-UF PR		20-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N						17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI						23-Número no CRO 15851		24-UF PR		25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951						22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR						27-Número no CRO 15851		28-UF PR		29-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR																	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-00	85100196	11	P	1	61,00	0,00			S		
2-00	85100196	12	P	1	61,00	0,00			S		
3-00	85100196	21	P	1	61,00	0,00			S		
4-00	85100196	22	P	1	61,00	0,00			S		
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 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 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		50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 28/09/2011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/09/2011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/09/2011		53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/09/2011		54-Assinatura do Profissional CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR ORTODONTISTA CRO-PR 15851	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--



384647
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/10/2012	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7911886	7-Data Validade da Senha 27/11/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202531175400012104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome JAMILY GABRIELI DE SOUZA	
14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano JOELMA DOS SANTOS SILVA		16-Atendimento em RN N	
17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851		19-UF PR	
20-Código CBO S 06		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	
23-Número no CRO 15851		24-UF PR		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		28-UF PR	
29-Código CBO S		30-UF PR		31-Código CNES	

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	47	O	1	61,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2012
---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



436131
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/20	4-Data de Autorização 07/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8124140	7-Data Validade da Senha 07/03/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa HOESPASSOCIACAO BENEFICIENTE	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202509387200008401		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		14-Telefone () -	
13-Nome ELIANE DE FATIMA BRUINSMA DE MELO		15-Nome do titular do plano ELIANE DE FATIMA BRUINSMA DE MELO		16-Atendimento a RN N	
17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851		19-UF PR	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		20-Código CBO S 06	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		23-Número no CRO 15851		24-UF PR	
		27-Número no CRO 15851		25-Código CNES	
				28-UF PR	
				29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/20 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/20 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/12/20 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/20 <i>[Carimbo]</i> CLOVIS ZAMUNER JR. ORTODONTISTA CRO-PR 15131
---	---	---	--



436003
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/12/20	4-Data de Autorização 08/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8123537	7-Data Validade da Senha 07/03/21
8-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 00202531175400046301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALICE FRANCISCO DE PAULA ASSIS PACHECO			14-Telefone 28/12/1972	15-Nome do titular do plano ALICE FRANCISCO DE PAULA ASSIS PACHECO	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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 Causa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		Alice
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		Alice
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		Alice
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		Alice
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		Alice
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/12/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/12/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/12/20 Alice F.P.A. Pacheco	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/12/20
--	--	--	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



400564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/2012	4-Data de Autorização 23/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7977806	7-Data Validade da Senha 19/01/2013
8-Número da Carteira 00202527797400000103			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUADROS GOTTARDI LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano VIVIANI DE QUADROS	
13-Nome NATALIA DE QUADROS DE SALES					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851		
			28-UF PR		
			29-Código CBO S 06		
			25-Código CNES 025 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S		Natalia
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S		Natalia
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S		Natalia
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S		Natalia
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S		Natalia
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/12/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/12/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2012 Natalia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/12/2012 Zamuner Jr. ORTODONTISTA CRO-PR 15851
---	---	---	---



437467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/12/20	4-Data de Autorização 10/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8130695	7-Data Validade da Senha 09/03/21
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 0020253028890000102			14-Telefone () -	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome DAIANE ALINE MUMBACH			15-Nome do titular do plano EDSON JOSE DE MORAIS HECK	16-Data Validade da Carteira / /	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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 Classe	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00		S			
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/20
---	---	---	---

CLOVIS ZAMUNER JR.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



374176
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 18/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7865920	7-Data Validade da Senha 10/12/2019
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202531175400018104		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano ALEXANDRA BOGONI	
13-Nome BRUNO BARBOSA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 15851		19-UF PR	20-Código CBO S 06
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		25-Código CNES	28-UF PR
				29-Código CBO S	Envia - RX (I) 82001294-38 (II) 82001294-48

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-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S			
2-	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S			
3-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	86,00	0,00		S			
4-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	86,00	0,00		S			
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			Bruno
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 552,00	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 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	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2019
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2019 Bruno	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2019

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA - I
CRO PR-15851



Resolução para vóçs Bvfr

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



423031
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Dia de Emissão da Guia
19/11/2009

4-Dia de Autorização
07/11/2009

5-Semha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8069837

7-Dia Validade da Semha
17/10/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0002025203105000130003

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
UNIMED COSTA OESTE

11-Dia Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
EDUARDA VITORIA VIEIRA DA CUNHA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN
ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI

17-Nome do Profissional Solicitante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

18-Número no CRO
15851

19-UF
PR

20-Código CBO S
06

21-Código na Operadora / ODP / CNP
032498129511

22-Nome do Contratado Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

23-Número no CRO
15851

24-UF
PR

25-Código CNES
25-Código CBO S
25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante
CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela
31-Código do Procedimento
32-Descrição
CONSULTA ODONTOLÓGICA
APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR

33-Dente/Região
34-Face
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Dia de Realização
41-Valor da Guia

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-

1-00081000300
2-000840000900
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-



423038
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8069851	7-Data Validade da Senha 17/02/21
Dado do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED COSTA OESTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202520310500013004		14-Telefone 19/03/2012	15-Nome do titular do plano GISELE CRISTINA BENINI		
13-Nome EMANUELI SOFIA VIEIRA DA CUNHA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR				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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00					
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 106,00	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/20
---	---	---	---

ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



396776
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2016	4-Data de Autorização 16/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7962148	7-Data Validade da Senha 13/01/2017
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
6-Número da Carteira 00202531175400047201		14-Telefone 30/08/1988	15-Nome do titular do plano EDIPO FERREIRA DE SOUZA		
13-Nome EDIPO FERREIRA DE SOUZA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			Edipo
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			Edipo
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			Edipo
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			Edipo
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/12/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/12/2016 Edipo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/2016

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



412555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 400414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8026293	7-Data Validade da Senha 03/10/21
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 00202531175400008501			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome CAROLINE RECALCATTI			14-Telefone 21/08/1980	15-Nome do titular do plano CAROLINE RECALCATTI	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
16-Atendimento a RH N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO 5
					025 - Faturar Empresa

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 Suspensão	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/20 ORTODONTIA CRO-PR 15851
---------------	---	---	---	---



412553
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 11/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8026291	7-Data Validade da Senha 03/02/21
8-Número de Carteira 00202531175400008501		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE RECALCATTI			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAROLINE RECALCATTI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	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-Moeda da Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00					
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 61,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/2020
---	---	---	---



403354
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7989508	7-Data Validade da Senha 21/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KINDERSPIEL BRINQUEDOS LTDA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número de Carteira 00202509395600011101		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCOS ALEXANDRE DE LIMA	
13-Nome MARCOS ALEXANDRE DE LIMA					
Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR				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 Guin	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/20
---	---	---	---



423548
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8072205	7-Data Validação da Guia 18/10/21
8-Número da Carteira 00202520310500013002		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIMED COSTA OESTE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DEIVID EMANUEL VIEIRA DA CUNHA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GISELE CRISTINA BENINI	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
20-Código CBO S 06			025 - Faturar Empresa		

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	48	O	1	61,00	0,00		S			
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
6-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
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 235,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/12/20
---	---	---	---



441086
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8146440	7-Data Validade da Senha 15/03/21
8-Número da Carteira 00202505300400000904		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa REVEST MATERIAIS DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHEL DE OLIVEIRA WEIRICH			14-Telefone 12/09/1993 () -	15-Nome do titular do plano JUCIMARA PIZZATO	
16-Alendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
20-Código CBO S 06			025 - Faturar Empresa		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Causa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA									
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/12/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20 Michel U.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/12/20 [Carimbo]
--	--	---	---



439676
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/20	4-Data de Autorização 14/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8139986	7-Data Validade da Senha 11/03/21
8-Número de Carteira 00202531175400032402		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JULIANA BEUX KONNO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EVANDRO AUGUSTO BOIAN KONNO	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
20-Código CBO S 06			025 - Faturar Empresa		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		
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-Odontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/31/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/31/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/31/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/31/12/20	54-Data, local e Assinatura do Profissional CLOVIS ZAMUNER JR. CRO-PR 15851
---------------	--	--	--	--	---



441803
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 16/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149684	7-Data Validade da Senha 16/03/21
8-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 00202520159700013201		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CORPLIFE ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MORGANA PAULA GUILHERME		14-Telefone 07/10/1994	15-Nome do Titular do plano MORGANA PAULA GUILHERME		
16-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 15-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

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 Causa	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			Morgana
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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

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

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20 Morgana	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/12/20
---------------	---	---	---	---

ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



444621
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 21/12/20	4-Data de Autorização 21/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8161330	7-Data Validade da Guia 21/03/21
8-Número da Carteira 00202502683600701603			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COAMO AGROINDUSTRIAL	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome LUCAS RICARDO OVELAR NOEDEL	14-Telefone () 3274-1361	15-Nome do titular do plano CELSE JOSE NOEDEL
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	20-Código CBO S 06	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	24-UF PR	29-Código CBO S
28-UF PR			025 - Faturar Empresa		

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 Guia	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
5	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação		
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/20 Lucas R
53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/12/20		54-Data, local e Assinatura do Profissional CLOVIS ZAMUNER JR. ORTODONTISTA CRO-PR 15851



441800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149663	7-Data Validade da Guia 16/03/21
8-Número da Carteira 002025340750000000104			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PAULA SIL MEDICAMENTOS LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde			13-Nome LUIZ PAULO DUMPKE		
14-Telefone 25/02/1985 () 3055-3997			15-Nome do titular do plano EDNA SILVANA DE PAULA DUMPKE		
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851		
28-UF PR			29-Código CBO S 06		
30-UF PR			31-Código CBO S 06		

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-Método de Carga	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/3/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/3/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/3/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/3/12/20
---	---	---	---

ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



412262
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025241	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
6-Número da Carteira 00202531175400014301			11-Data Validade da Carteira / /		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES		
13-Nome LUCIMARA RIBEIRO DA SILVA ANDREAZZA			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 15/04/1989			15-Nome do titular do plano LUCIMARA RIBEIRO DA SILVA ANDREAZZA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		19-UF PR	
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		20-Código CBO S 06	
				24-UF PR	
				25-Código CNES	
				28-UF PR	
				29-Código CBO S	
				025 - Faturar Empresa	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /	Quimora
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /	Quimora
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /	Quimora
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /	Quimora
5-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /	Quimora
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 23/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/11/2020
---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



400244
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/10/20	4-Data de Autorização 23/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7976322	7-Data Validade da Senha 18/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202531175400002601		14-Telefone 02/03/1995		15-Nome do titular do plano CARLOS HENRIQUE ALMEIDA DE JESUS	
13-Nome CARLOS HENRIQUE ALMEIDA DE JESUS					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 Class	42-Assinatura
1-	0085100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO	AS		1	955,00	0,00					
2-	0085100021	CLAREAMENTO DENTÁRIO	AI		1	955,00	0,00					
3-	0085100072	PLACA DE ACETATO PARA	AS		1	66,00	0,00					
4-	0085100072	PLACA DE ACETATO PARA	AI		1	66,00	0,00					
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 2042,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 04/12/20
---	---	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



392423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/10/2012	4-Data de Autorização 23/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7944451	7-Data Validade da Senha 06/01/2013
8-Número da Carteira 00202531175400022204		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JUAREZ PEREIRA DA SILVA		14-Telefone 19/10/1968	15-Nome do Titular do plano ARIANI DE SOUZA SILVA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S	025 - Faturar Empresa

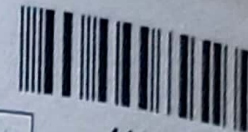
30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Cima	42- Assinatura
1-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					Juarez
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					Juarez
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					Juarez
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					Juarez
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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 07/12/12 Juarez	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/12/12 Juarez	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/12/12 Juarez	53-Data, local e Carimbo da Empresa 07/12/12 CLOVIS ZAMUNER JR. ORTODONTISTA CRO-PR 15851
--	--	--	---



441068
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8146305	7-Data Validade da Senha 15/03/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202533842900000101		13-Nome PAULA LUIZA FEISTLER CERONI		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULA LUIZA FEISTLER CERONI
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		19-UF PR	20-Código CBO S 06
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		27-Número no CRO 15851		24-UF PR	25-Código CNES
				28-UF PR	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 Causa 42-Classe
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00				
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/12/20
---	---	---	---

CLOVIS ZAMUNER JR.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



441627
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/2012	4-Data de Autorização 17/12/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149027	7-Data Vencimento da Guia 16/03/2013
8-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 00202531175400036804			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Vencida da Carteira 11/11/11
12-Data de Nascimento 16/12/1986			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CASSIA CRISTIANE DE LIMA PAREDES	
13-Nome ADRIANO FREITAS DA SILVA			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO 3 06
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora (CNPJ) / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO 3

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Status de Ativação
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S			
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S			
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S			
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	S			
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S			
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Frequência/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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/2012 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/2012 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/12/2012 Cassia F. Paredes	53-Data, local e Assinatura da Empresa 17/12/2012 [Assinatura]
--	--	---	---

Clovis Zamuner Jr.
ORTODONTISTA
CRO-PR 15851



441620
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8148989	7-Data Validade da Senha 16/03/21
8-Número da Carteira 00202531175400036801			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome CASSIA CRISTIANE DE LIMA PAREDES			14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano CASSIA CRISTIANE DE LIMA PAREDES	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
20-Código CBO S 06			025 - Faturar Empresa		

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 Guia	42-Assinatura
1-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	S				Cassia
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	S				Cassia
3-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	S				Cassia
4-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	S				Cassia
5-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	S				Cassia
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Soliciante 16/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/2020 Cassia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/2020
--	---	--	---



441624
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149025	7-Data Validade da Senha 16/03/21
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número de Carteira 00202531175400036802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SINDICATO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome BENICIO SANTIAGO PAREDES DE FREITAS			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CASSIA CRISTIANE DE LIMA PAREDES	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI	18-Número no CRO 15851	19-UF PR
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	23-Número no CRO 15851	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	29-Código CBO S
			025 - Faturar Empresa		

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	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	/ /		Cassia
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		Cassia
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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/12/2020 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/12/2020 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/12/2020 Cassia Paredes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/12/2020 [Carimbo]
--	--	--	---



440695
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/12/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8144805	7-Data Validade da Senha 15/03/21
8-Dados do Beneficiário 6-Número da Carteira 00202531946000000202		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CAMPAGNOLO STRELIN E CIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCIELI TOMASSONI		14-Telefone 07/03/1987		15-Nome do titular do plano LEANDRO ANGELO FABRIS	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		18-Número no CRO 15851
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR		23-Número no CRO 15851
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR			27-Número no CRO 15851		28-UF PR
			29-Código CBO S 06		025 - Faturar Empresa

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S			
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S			
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S			
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S			
5	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S			
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 18/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/20
---	---	---	---

ORTODONTISTA
CRO-PR-15851



441755
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8149458	7-Data Validade da Senha 16/03/21
Dados do Beneficiário			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALISSON GONCALVES BARRETO	11-Data Validade da Carteira / /
8-Número da Carteira 00202532388300000103			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALISSON GONCALVES BARRETO	
13-Nome JESSICA MIRANDA DOS SANTOS SILVA			18-Número no CRO 15851	19-UF PR	20-Código CBO S 06
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			23-Número no CRO 15851	24-UF PR	25-Código CNES
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ZAMUNER ODONTOLOGIA EIRELI		22-Nome do Contratado Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR	26-UF PR	29-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03249812951			27-Número no CRO 15851	28-UF PR	30-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante CLOVIS MANOEL ZAMUNER JUNIOR					

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-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		Jessica
2-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	/ /		Jessica
3-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	/ /		Jessica
4-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	/ /		Jessica
5-	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	/ /		Jessica
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 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/12/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/12/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/20 Jessica M.	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/12/20 [Carimbo]
--	--	--	---