



2436247
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 408414		3-Data de Emissão da Guia 23/10/8125		4-Data de Autorização 26/10/8125		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14281312		7-Data Validade da Série 22/11/0125	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 002025123324400000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome TIAGO DILGER						14-Telefone 08/03/1993		15-Data Validade da Carteira TIAGO DILGER			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27815		19-UF PR		20-Código CBO 6 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27815		24-UF PR	
25-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						26-Número no CRO 27815		27-UF PR		28-Código CBO 6	
Mão 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	18		1	73,00	0,00		S	26/10/8125	Tiago
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S	26/10/8125	Tiago
3	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00		S	26/10/8125	Tiago
4	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	26/10/8125	Tiago
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento 26/10/8125		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 405,00		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 26/10/8125				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/8125				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/8125 Tiago Dilger			
53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/8125				Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27815							



2436121
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/08/2015	4-Data de Autorização 26/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14280975	7-Data Validação da Senha 22/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025111859200029001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JACQUELINE CRISTINA COSTA CABALLI		14-Telefone 21/08/1988	15-Nome do titular do plano JACQUELINE CRISTINA COSTA CABALLI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO			27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100218
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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OMP	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		jacqueline
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OMP	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		jacqueline
3-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMD	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		jacqueline
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	18	OMD	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		jacqueline
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2015	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 488,00	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 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015 jacqueline cristina	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2436136
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2018	4-Data de Autorização 26/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14281171	7-Data Validade da Senha 22/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122496800000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JOAO VITOR FERNANDES MOREIRA		14-Telefone 18/04/2005	15-Nome do titular do plano GISELE MEZA TORRES COSTA DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVD	1	122,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VDM	1	122,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VMD	1	122,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
9	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
10	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
11	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
12	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
13	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	61,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
14	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	61,00	0,00	0,00	S	26/10/2018		João
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2018	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fabricamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1172,00	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 26/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2018

Ma. Dra. Monique Pinto

Cirurgião Dentista
CRO/PR 27615



2436222
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/8/12/5		4-Data de Autorização 12/6/10/8/12/5		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14281239		7-Data Validade da Senha 12/2/11/0/12/5		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025123478100005401						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SIND DOS BOMBEIROS DO ESTADO		11-Data Validade da Carteira 1/1/1/1/1/1		
13-Nome JEFFERSON TABORDA NEUMANN						14-Telefone (145) 99444-4629		15-Nome do titular do plano JEFFERSON TABORDA NEUMANN		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1382902113808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27615		24-UF PR		
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		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			26/10/8/25		<i>Jefferson</i>
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			26/10/8/25		<i>Jefferson</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/6/10/8/25		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 26/10/8/25 <i>MP</i>			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/8/25 <i>MP</i>			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/8/25 <i>Jefferson Taborda</i>			53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/8/25 <i>Ma. Dra. Monique Pinto</i> Cirurgião Dentista CRO/PR 27615			



2436194
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14281184	7-Data Validade de Serha 22/11/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122496800000103					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome JOAO VITOR FERNANDES MOREIRA		14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
15-Nome do titular do plano GISELLE MEZA TORRES COSTA DA SILVA					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615		19-UF PR	
27-Número no CRO 27615		24-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
28-UF PR		25-Código CNES		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	41	V	1	61,00	0,00		S	26/10/2015		1000
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	26/10/2015		1000
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	26/10/2015		1000
4-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	26/10/2015		1000
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2015	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 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 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2015

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2436224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2/3/10/8/12/5	4-Data de Autorização 2/6/10/8/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14281248	7-Data Validade da Série 2/2/11/0/12/5
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025123478100005401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SIND DOS BOMBEIROS DO ESTADO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JEFFERSON TABORDA NEUMANN			14-Telefone (45) 99444629	15-Nome do titular do plano JEFFERSON TABORDA NEUMANN	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO			27-Número no CRO 27615	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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VMD	1	122,00	0,00			2/6/10/8/12/5		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 2/6/10/8/12/5	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 2/6/10/8/12/5	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 2/6/10/8/12/5	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2/6/10/8/12/5 Jefferson Taborda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 2/6/10/8/12/5	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
--	--	--	--	---



2436241
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14281299	7-Data Validade da Senha 22/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202512364620000104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE APARECIDO DE OLIVEIRA			14-Telefone 27/08/1973	15-Nome do titular do plano ADRIANA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Exercente MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Exercente MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S	Enviar - RX
					(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VMD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	IDM	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VDM	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	VDM	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VMD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	MOD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	28	OMD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MPD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
10	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MDP	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
11	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	MOD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
12	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMD	1	122,00	0,00		S	26/10/2015		for
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2015	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 1464,00	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 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4P



2433512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/10/81/215	4-Data de Autorização 310/1081/215	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14274955	7-Data Validade da Senha 210/1101/215
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0102025019989300025701		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FOZ TROPICANA PARQUE DE AVES	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS SANTOS TAVARES					
14-Telefone (173) 8234-6517			15-Data de Nascimento 30/12/1994		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO			
23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES 27615	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615		28-UF PR	
29-Código CBO S		30-Código CBO S		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 Glosa	42-Assinatura
1-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00		30/10/81/215		Lucas
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	0,00		30/10/81/215		Lucas
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00		30/10/81/215		Lucas
4-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	OV	1	88,00	0,00	0,00		30/10/81/215		Lucas
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/10/81/215	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 271,00	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 30/10/81/215	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/10/81/215	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/10/81/215 Lucas Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/10/81/215
--	--	---	--

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2433839
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 22/10/2018	4-Data de Autorização 26/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14275999	7-Data Validade da Senha 21/10/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025123712800000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706007300386346
13-Nome RICARDO DOS REIS CAMARGO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RICARDO DOS REIS CAMARGO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615		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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/2018		Ricardo
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2018	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 26/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2018 Ricardo dos Reis	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2018



2434417
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2018	4-Data de Autorização 26/10/2018	5-Serão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14277923	7-Data Validade da Serão 21/11/2018
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202511783800101002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDERSON MARTINS DE OLIVEIRA		14-Telefone () /	15-Nome do titular do plano RAIANNY PROENCA DE CAMARGO DE OLIVEIRA		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	
24-UF PR		25-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		26-Código CNES	
27-UF PR		28-Código CBO S		29-Código CBO S	
25-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO					
27-Número no CRO 27615					

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			1	140,00	0,00		S	26/10/2018		Anderson
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	26/10/2018		Anderson
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2018	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 26/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2018 Anderson Martins	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2018	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	--	---	---



2434423
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/08/25	4-Data de Autorização 26/08/25	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14277929	7-Data Validade da Série 21/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202511783800101001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAIANNY PROENÇA DE CAMARGO DE OLIVEIRA		14-Telefone 09/04/1996 () -	15-Nome do titular do plano RAIANNY PROENÇA DE CAMARGO DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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	26/08/25		Raianny
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	26/08/25		Raianny
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/08/25	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 26/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/25 Raianny Proença	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/25
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2434572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14278480	7-Data Validade da Série 21/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025123324400001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome TIAGO DILGER			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TIAGO DILGER	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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			26/10/2015		Ma. Dra. Monique Pinto
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 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015 Tiago Dilger	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2015
---------------	---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2400476
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 26/07/2015		4-Data de Autorização 12/08/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14164699		7-Data Validade da Senha 24/09/2015		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020250111430900030002				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PRESTIGE INCORPORACAO E		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702104790646890		
13-Nome KAUA DENNER FERREIRA				14-Telefone 31/08/2020 () - - - - -		15-Nome do titular do plano JULIA THAYANA BENITES FERREIRA						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				27-Número no CRO 27615		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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00			12/08/2015		Julia
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/2015		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 88,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi/foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação Favor anexar rx final/foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/08/2015			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/2015			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2015 Julia Thayana			53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2015			
Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615												



2404539
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 30/07/25	4-Data de Autorização 13/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14178304	7-Data Validade da Senha 28/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025123120200000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARCIO JOSE GALVAO			14-Telefone 02/12/1980	15-Nome do titular do plano MARCIO JOSE GALVAO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO			27-Número no CRO 27615	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	13/08/25		Marcio
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	13/08/25		Marcio
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/25	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 13/08/25 <i>[Assinatura]</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/25 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/25 <i>Marcio Jose Galvao</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/25 <i>[Carimbo]</i>
--	--	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2405284
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/07/2012		4-Data de Autorização 15/08/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14180720		7-Data Validade da Senha 28/09/2012			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 002025123158200000103				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome GABRIELLA SERAFINI MORALES						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano MARCUS VINICIUS MARTINS MORALES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		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	15/08/2012		Gabriella	
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	15/08/2012		Gabriella	
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													
43-Data Previsão Término do Tratamento 15/08/2012		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													
Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista													
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/08/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/2012 Gabriella Serafini		53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/08/2012 CRO/PR 27615			

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4F



2407248
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/07/25	4-Data de Autorização 15/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14187715	7-Data Validade da Senha 29/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202553390900011001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUANA MORALES BARCELOS					
14-Teléfono (11) 1111-1111			15-Nome do titular do plano LUANA MORALES BARCELOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR
25-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		26-Número no CRO 27615		27-UF PR	28-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 Clnca	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			15/08/25		Luana
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			15/08/25		Luana
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/08/25	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), 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 15/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/25 Luana morales	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/08/25

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2408339
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/25	4-Data de Autorização 13/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14191341	7-Data Validade da Senha 30/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202553390900025001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANDRESSA DAPPER STOLBERG		14-Telefone () -	15-Data de Validade do plano 15/09/2002		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	Faturar Empresa
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218

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			13/08/25		Andressa
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			13/08/25		Andressa
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PMD	1	122,00	0,00			13/08/25		Andressa
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DPM	1	122,00	0,00			13/08/25		Andressa
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MDP	1	122,00	0,00			13/08/25		Andressa
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00			13/08/25		Andressa
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OMD	1	122,00	0,00			13/08/25		Andressa
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MOD	1	122,00	0,00			13/08/25		Andressa
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 13/08/25	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 845,00	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
Favor anexar rx final e foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/25 Andressa Dapper	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/25
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CROPR 27615



2408451
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/25	4-Data de Autorização 15/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14191690	7-Data Validade da Senha 30/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025123158200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GABRIELLA SERAFINI MORALES		14-Telefone 21/11/2012	15-Nome do titular do plano MARCUS VINICIUS MARTINS MORALES		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO 8	Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218	

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 Causa	42-Assinatura
1.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
2.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	ODM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
3.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DOM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
4.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DOM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
5.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	DOM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
6.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
7.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DMO	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
8.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DOM	1	122,00	0,00		S	15/08/25		Gabriella
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 15/08/25	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 976,00	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
Favor anexar rx final e foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 15/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/08/25 Gabriella Serafini	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/08/25	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	--	---	---



2408670
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/11/08/25		4-Data de Autorização 18/08/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14192464		7-Data Validade da Senha 30/09/25					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 00202512257880000101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome ROSANA CAFE DE SOUZA						14-Telefone 29/06/1978		15-Nome do titular do plano ROSANA CAFE DE SOUZA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100218 (1) 85100218 (1) 85100218					
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		28-UF PR		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados															
30-Tabela	31-Código de 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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	MOD	1	122,00	0,00		S	18/08/25		Rosana			
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	MOD	1	122,00	0,00		S	18/08/25		Rosana			
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MOD	1	122,00	0,00		S	18/08/25		Rosana			
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00		S	18/08/25		Rosana			
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	18/08/25		Rosana			
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsto Término do Tratamento 18/08/25		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 488,00		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 Favor anexar rx final e foto ao término do procedimento conforme regras da operadora.															
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/08/25				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/08/25				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/08/25 Rosana Caffe				53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/08/25			
Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615															



2408688
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/2015	4-Data de Autorização 16/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14192497	7-Data Validade da Senha 30/09/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202505390900043201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARYCLAUDIA KATHERINE GAMBINI YAURI		14-Telefone (45) 9119-1901	15-Nome do titular do plano MARYCLAUDIA KATHERINE GAMBINI YAURI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (II) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00	S	16/08/2015			Maryclaudia
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OP	1	88,00	0,00	S	16/08/2015			Maryclaudia
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DO	1	88,00	0,00	S	16/08/2015			Maryclaudia
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/08/2015	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 237,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 16/08/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/2015 Maryclaudia Yauri	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/08/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CROPR 27615



2411525
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2018	4-Data de Autorização 20/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14201517	7-Data Validade da Senha 04/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202539364300007301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PANORAMA MATERIAIS DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CRISTIANE BRESSAN		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CRISTIANE BRESSAN	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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			20/10/2018		Cristiane
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/2018	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(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 20/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/10/2018
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2411715
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 10/05/2018	4-Data de Autorização 11/08/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14202188	7-Data Validade da Senha 10/04/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025120313600001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704000334951469
13-Nome MAHMOUD YOUSSEF HAWALI		14-Data de Nascimento 22/04/1952	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MAHMOUD YOUSSEF HAWALI	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 382902113808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/08/25		Mahmoud
2-	00815100218	RESTAURAÇÃO RESINA	36	MOD	1	122,00	0,00		S	14/08/25		Mahmoud
3-	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	12		1	73,00	0,00		S	11/08/25		Mahmoud
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/25	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 229,00	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 11/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/25 Mahmoud Youssef Hawali	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/25
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 27615



2412626
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 05/10/2018	4-Data de Autorização 21/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14205349	7-Data Validade da Senha 04/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025110991300000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SOFIA MATOS NERY	14-Telefone () - -	15-Nome do titular do plano ANA PAULA MATOS SANTOS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	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	05/08/25		Ana paula
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 05/10/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fabricamento 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 assine 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 05/10/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/10/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/10/25 Ana Paula Matos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 05/10/25
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CROPR 27615



2412916
INTERCÂMBIO

1-Registro ANB 408414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/2015		4-Data de Autorização 20/08/2015		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14206370		7-Data Validade da Senha 10/08/2015					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025122496800000101				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome GISELLE MEZA TORRES COSTA DA SILVA															
14-Telefone 12/09/2003 () - - - - -															
15-Nome do titular do plano GISELLE MEZA TORRES COSTA DA SILVA															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27615		24-UF PR					
25-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				26-Número no CRO 27615				27-UF PR		28-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			20/08/2015		Giselle			
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			20/08/2015		Giselle			
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 20/10/2015		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 20/08/2015				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/2015				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2015 Giselle Meza				53-Data, local e Carimbo da Empresa 20/08/2015			
Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgião Dentista CRO/PR 27615															



2413273
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 06/08/25	4-Data de Autorização 21/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14207773	7-Data Validade da Senha 05/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025122496800000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISELLE MEZA TORRES COSTA DA SILVA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GISELLE MEZA TORRES COSTA DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PDV	1	122,00	0,00			21/08/25		Giselle
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00			21/08/25		Giselle
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00			21/08/25		Giselle
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/08/25	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fabricamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 244,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 21/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/08/25 Giselle Meza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/08/25
---------------	---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
 Cirurgião Dentista
 CRO/PR 27615



2417612
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/08/25	4-Data de Autorização 12/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14221830	7-Data Validade da Senha 08/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202512331120000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CINTHIA ALBINO CARDOSO DA	11-Data Validade da Carteira ////	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIETE MENDONCA NUNES		14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CINTHIA ALBINO CARDOSO DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabola	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	12/08/25		Luciete
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	12/08/25		Luciete
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/08/25	44-Tipo do Alendimento 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 Solicitante 12/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/25 Luciete Mendonca	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/25
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2419457
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2015	4-Data de Autorização 14/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14227918	7-Data Validade da Senha 10/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025116063200002005	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA DE LOURDES DE OLIVEIRA TELES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOYLAN NUNES MACIEL	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	14/10/2015		Maria
2.	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/10/2015		Maria
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 14/10/2015	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 14/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 14/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 14/10/2015 Maria de Lourdes	53-Data, local e Carimbo da Empresa 14/10/2015
---	---	--	---

Ma Dra Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CROPR 27615



2420909
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2015	4-Data de Autorização 15/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14232524	7-Data Validade da Senha 11/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa FUNDACAO DE SAUDE ITAIGUAPY	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202528270800081201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano TAMARA CAROLINE MARQUES	
13-Nome TAMARA CAROLINE MARQUES		15/03/2000		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				29-Código CBO S	

30-Tabule	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clas	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	15/10/2015		Tamara
2.	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	15/10/2015		Tamara
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 15/10/2015	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 15/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2015 Tamara Caroline	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/10/2015	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	---	---	---



2424756
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 408414	3-Data de Emissão de Guia 14/08/25	4-Data de Autorização 30/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14245357	7-Data Validade da Senha 13/10/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025116091400004001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LUSIA VOLPATO CIA LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JANDIR MACHADO DA SILVA NETO		14-Telefone 10/12/2000 () -	15-Nome do titular do plano JANDIR MACHADO DA SILVA NETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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 de Glosa	42-Assinatura
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/08/25		Jandir
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	30/08/25		Jandir
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 30/08/25	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 Beneficiário Desativado do Contrato.			
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 30/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/08/25 Jandir Machado	53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/08/25

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 27615


2427620
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/08/2015	4-Data de Autorização 29/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14254952	7-Data Validade da Senha 17/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202512330760000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome HAIDAR ASSAF	14-Teléfono 08/05/1985	15-Nome do titular do plano FATIMA HIJAZI		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	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			29/08/25		HAIDAR
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00			29/08/25		HAIDAR
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 29/08/25	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 Solicitante 29/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/25 HAIDAR ASSAF	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/08/25
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgião Dentista
CRO/PR 27615



2431302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão de Guia 20/08/2015	4-Data de Autorização 26/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14267623	7-Data Validade da Senha 19/10/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122171200000102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA LAURA DE OLIVEIRA MAIA		14-Telefone 27/08/2002	15-Nome do titular do plano EDINA DORILDA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S +	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200	

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 Cliqua	42-Assinatura
1.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
2.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
3.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MOD	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
4.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DOM	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
5.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PD	1	88,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
6.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DV	1	88,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
7.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOV	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
8.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DMV	1	122,00	0,00		S	26/08/2015		Ana
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 26/08/2015	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 908,00	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 26/08/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/2015 Ana Laura	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2431302
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414		3-Data de Emissão da Guia 20/08/2012		4-Data de Autorização 26/08/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14267623		7-Data Validade da Senha 19/10/2012					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025122171200000102						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /					
13-Nome ANA LAURA DE OLIVEIRA MAIA						14-Telefone 27/08/2002		15-Nome do titular do plano EDINA DORILDA DE OLIVEIRA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27615		24-UF PR					
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		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-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura			
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	122,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MOD	1	122,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DOM	1	122,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PD	1	88,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DV	1	88,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOV	1	122,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DMV	1	122,00	0,00		S	26/08/2012		Ana			
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2012		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 908,00		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 26/08/2012				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/08/2012				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/08/2012 Ana Laura				53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/08/2012			

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2395972
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/10/7/12/5	4-Data de Autorização 11/1/08/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14149749	7-Data Validade da Senha 12/1/09/12/5							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025111422200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome MATHEUS GUIL CARDOZO		14-Telefone 03/09/2018	15-Nome do titular do plano LEANDRO WEBERT CARDOZO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100218							
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200							
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	53	MPV	1	122,00	0,00		S	11/08/25		Matheus
2	0085100210	RESTAURAÇÃO RESINA	52	PM	1	88,00	0,00		S	11/08/25		Matheus
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00		S	11/08/25		Matheus
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/25	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 271,00		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 11/08/25												
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/25												
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/25 Matheus Guil												
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/25												

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgia Dentista
CRO/PR 27615



2396532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/3/2017/12/5	4-Data de Autorização 10/2/2018/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14151684	7-Data Validade da Senha 12/1/2019/12/5
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020250117838001432022	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FUNDACAO PARQUE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome BENTO OLIVEIRA ROCHA	14-Telefone 21/04/2019	15-Nome do titular do plano ATIELLI CRISLIAN DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1382902113808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	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.	0081000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00			02/08/25		Atielli
2.	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00	0,00			02/08/25		Atielli
3.	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00	0,00			02/08/25		Atielli
4.	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00	0,00			02/08/25		Atielli
5.	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00	0,00			02/08/25		Atielli
6.	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00			02/08/25		Atielli
7.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61,00	0,00			02/08/25		Atielli
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/10/25	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 415,00	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 02/10/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/25	53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/10/25
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2396782
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2015	4-Data de Autorização 12/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14152371	7-Data Validade da Senha 21/09/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122657100000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDUARDO MATEUS PUHL DA ROSA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MAYLU LARISSA PUHL DA ROSA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO 8 025 - Faturar Empresa
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615		28-UF PR	29-Código CBO 8 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DOM	1	122,00	0,00		S	12/07/2015		Eduardo
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	12/08/2015		Eduardo
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	12/08/2015		Eduardo
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DMO	1	122,00	0,00		S	12/08/2015		Eduardo
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2015	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fabricação 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 488,00	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 12/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2015 Eduardo Mateus	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/2015
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 27615


2397593
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2015	4-Data de Autorização 13/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14155056	7-Data Validade da Senha 12/09/2015																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0002025122657100000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde ____																																																																																																																																																																																																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 13-Nome GUILHERME DI LUCA 14-Telefone _____ 15-Nome do titular do plano MAYLU LARISSA PUHL DA ROSA 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO 18-Número no CRO 27615 19-UF PR 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808 22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO 23-Número no CRO 27615 24-UF PR 25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO 27-Número no CRO 27615 28-UF PR 29-Código CBO S (I) 85100200 (I) 85100200																																																																																																																																																																																																																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Região</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0085100218</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>34</td> <td>DMV</td> <td>1</td> <td>122,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0085100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>37</td> <td>DM</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0085100200</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>36</td> <td>LO</td> <td>1</td> <td>88,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>23</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>24</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>0085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>25</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>0085100218</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>26</td> <td>OMV</td> <td>1</td> <td>122,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>0085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>14</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>0085100196</td> <td>RESTAURAÇÃO RESINA</td> <td>15</td> <td>V</td> <td>1</td> <td>61,00</td> <td>0,00</td> <td>S</td> <td>13/08/25</td> <td></td> <td></td> <td>Guilherme</td> </tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DMV	1	122,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DM	1	88,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	LO	1	88,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme	10													11													12													13													14													15												
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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DMV	1	122,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DM	1	88,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
3	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	LO	1	88,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMV	1	122,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	V	1	61,00	0,00	S	13/08/25			Guilherme																																																																																																																																																																																																									
10																																																																																																																																																																																																																					
11																																																																																																																																																																																																																					
12																																																																																																																																																																																																																					
13																																																																																																																																																																																																																					
14																																																																																																																																																																																																																					
15																																																																																																																																																																																																																					
43-Data Prevista Término do Tratamento 13/08/25 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 725,00 47-Valor Total R\$ _____ 48-Total Franquia / Co-participação R\$ _____ 49-Observação _____ 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/08/25 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/08/25 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 13/08/25 53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/08/25 Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615																																																																																																																																																																																																																					



2399166
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/07/2015	4-Data de Autorização 12/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14160321	7-Data Validade da Senha 12/09/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122686000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome RENAN CORREIA DE AVILA DE OLIVEIRA		14-Telefone 04/12/1987	15-Nome do titular do plano RENAN CORREIA DE AVILA DE OLIVEIRA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

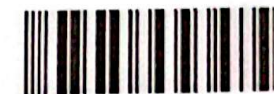
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Corte/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00	S	12/08/25			Renan
2.	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00	S	12/08/25			Renan
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsto Término do Tratamento 12/08/25	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 122,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 12/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/25 Renan Correia	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/08/25
---------------	---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2395826
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/01/2018	4-Data de Autorização 16/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14149262	7-Data Validade da Senha 21/09/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COLEGIO INTERATIVA DE FOZ DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SILVIA TAIS DA FONTOURA CUNHA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano SILVIA TAIS DA FONTOURA CUNHA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615		28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-QM	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	33	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	43	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	13	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
9	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
10	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
11	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
12	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
13	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
14	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Silvia
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 16/08/25	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 1708,00	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 16/08/25		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/25		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/25 Silvia Tais		53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/08/25		Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CROPR27615	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--	---	--



2395846
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/25	4-Data de Autorização 16/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14149304	7-Data Validade da Senha 21/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025122700400002301		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COLEGIO INTERATIVA DE FOZ DO	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ESTEFFANY DA FONTOURA CUNHA CORREIA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ESTEFFANY DA FONTOURA CUNHA CORREIA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número na CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número na CRO 27615	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número na CRO 27615		28-UF PR	25-Código CNES (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200

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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	DMO	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OMP	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OPM	1	122,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
7	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	16/08/25		Esteffany
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 16/08/25	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 752,00	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 16/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/08/25 Esteffany da Fontoura
		53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/08/25

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CROPR 27615



2394832
INTERCÂMBIO

1-Registro ABO 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/10 07/12/15	4-Data de Autorização 12/12/10 08/12/15	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14146242	7-Data Validade da Série 12/10/10 09/12/15
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202507517100054902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704005339223865
13-Nome CINTIA CRISTIANE BIRKHEUER		14-Telefone 07/06/1992 () - - - - -	15-Nome do titular do plano DOUGLAS COSTA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número na CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 138290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número na CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número na CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6,100	0,00		S	23/08/25		Cintia
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6,100	0,00		S	23/08/25		Cintia
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6,100	0,00		S	23/08/25		Cintia
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,800	0,00		S	23/08/25		Cintia
5	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	8,800	0,00		S	23/08/25		Cintia
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DOM	1	12,000	0,00		S	23/08/25		Cintia
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/10/25	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 48,900	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 23/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/25 Cintia Cristiane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/25
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 27615



2395530
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 23/07/25	4-Data de Autorização 29/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14148461	7-Data Validade da Senha 21/09/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

8-Número da Carteira 0020251117151800000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GILMAR FERREIRA GOMES 30/05/1982			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LEDIANE MOREIRA DOS SANTOS GOMES	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218

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		S	29/08/25		Gilmar
2.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DVM	1	122,00	0,00		S	29/08/25		Gilmar
3.	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DVM	1	122,00	0,00		S	29/08/25		Gilmar
4.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73,00	0,00		S	29/08/25		Gilmar
5.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	73,00	0,00		S	29/08/25		Gilmar
6.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	16		1	73,00	0,00		S	29/08/25		Gilmar
7.	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	73,00	0,00		S	29/08/25		Gilmar
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/08/25	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 597,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(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 29/08/25		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/25		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/25 Gilmar Ferreira		53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/08/25	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	---	--

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 27615



2394734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/07/12/5	4-Data de Autorização 11/10/08/12/5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14145841	7-Data Validade da Senha 12/01/09/12/5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251110834300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome KALITA SAMARA DUTRA DE OLIVEIRA		14-Telefone 30/05/2001 () - - - - -	15-Nome do titular do plano KALITA SAMARA DUTRA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S (I) 85100218 (I) 85100218

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	11/08/25		Kalita
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	12,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	12,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DOM	1	12,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMV	1	12,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	12,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	12,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	6,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	6,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/10/08/25	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcel	46-Total Quantidade US 1028,00	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 11/10/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/08/25 Kalita Samara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/08/25
--	--	--	--

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CROPR 27615



2394734
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 22/07/25	4-Data de Autorização 11/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14145841	7-Data Validade da Senha 20/09/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002025110834300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome KALITA SAMARA DUTRA DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano KALITA SAMARA DUTRA DE OLIVEIRA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100218
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	11/08/25		Kalita
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	22,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OMP	1	22,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	27	DOM	1	22,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
6	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMV	1	22,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
7	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OMV	1	22,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
8	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	22,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
9	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
10	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	11/08/25		Kalita
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/08/25	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 1028,00	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 11/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/25 Kalita Samara	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/08/25	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	---	---	---



2394499
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/2/2017/25		4-Data de Autorização 12/9/2017/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14145203		7-Data Validade da Senha 12/0/2019/25		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 002025394626000071104						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa PANORAMA MATERIAIS DE		11-Data Validade da Carteira / /		
13-Nome ISABELLA FERNANDA FERREIRA DOS SANTOS						14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano WALDIR ASSIS DOS SANTOS				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	22	DPM	1	122,00	0,00			29/07/25		isabella
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	122,00	0,00			29/07/25		isabella
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	35	DOM	1	122,00	0,00			29/07/25		isabella
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	DOM	1	122,00	0,00			29/07/25		isabella
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	DOM	1	122,00	0,00			29/07/25		isabella
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			29/07/25		isabella
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00			29/07/25		isabella
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/25		44-Tipo do Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 732,00		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 29/07/25			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/25			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/25 isabella fernanda			53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/07/25			

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2436479
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 25/10/81/25	4-Data de Autorização 26/10/81/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14282206	7-Data Validade da Senha 24/11/01/25
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025053390900025102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL DE SOUZA PERALTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIANA FELISBERTO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	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			26/10/81/25		Samuel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/81/25	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 26/10/81/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/81/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/81/25 Samuel de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/81/25	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgia Dentista CRO/PR 27615
--	--	--	--	---



2436491
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14282242	7-Data Validade da Senha 24/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025053390900025102	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SAMUEL DE SOUZA PERALTA		14-Telefone 29/05/2016 () -	15-Nome do titular do plano DIANA FELISBERTO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUÓR			1	72,00	0,00			26/10/2015		Samuel
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2015	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	---	--	---------------------------------	----------------------------	---

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 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015 Samuel de Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2015	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	---	---	---



2436502
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2015	4-Data de Autorização 26/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14282300	7-Data Validade da Senha 24/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025053390900025103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ELVIS FRAGOZO PERALTA		14-Teléfono 08/09/1982	15-Nome do titular do plano DIANA FELISBERTO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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	26/10/2015		Elvis
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	26/10/2015		Elvis
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2015	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 26/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2015 Elvis Fragozo	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



2437311
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 25/10/81/25		4-Data de Autorização 27/10/81/25		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14284878		7-Data Validade da Senha 24/11/01/25					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 002025111859200527101						9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA		11-Data Validade da Carteira / /					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde															
13-Nome LIDIANA LUANA INACIO DA SILVA						14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano LIDIANA LUANA INACIO DA SILVA							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO				23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		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			27/10/81/25		Lidiana			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/81/25		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 27/10/81/25				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/81/25				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/81/25 Lidiana Luana				53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/81/25			

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2437512
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2015	4-Data de Autorização 27/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14285607	7-Data Validade da Senha 24/11/2015
Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
8-Número da Carteira 00202554777100000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	15-Nome do titular do plano CARLOS EDUARDO CABRAL	
13-Nome CARLOS EDUARDO CABRAL		14-Telefone () -	16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/2015		Carlos
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	27/10/2015		Carlos
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/2015	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 27/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2015 Carlos Eduardo Cabral	53-Data, local e Cmbio de Empresa 27/10/2015	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	---	---	---



2437905
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão de Guia 25/10/2018		4-Data de Autorização 27/10/2018		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 14286897		7-Data Validade da Senha 24/11/2018					
Dados do Beneficiário															
8-Número da Carteira 0020251114187900002502				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CHOPARIA E RESTAURANTE NEW		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702008398868687					
13-Nome NAIRA EMILIA RICARDO PEREIRA				14-Telefone 20/05/1986		15-Nome do titular do plano GIORDANI VENICIOS DE OLIVEIRA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento															
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO				18-Número no CRO 27615		19-UF PR		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 382902113808				22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615		24-UF PR		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO						27-Número no CRO 27615		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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	27/10/2018		Naíra			
2-															
3-															
4-															
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/2018		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 27/10/2018				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2018				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2018 Naíra Emilia				53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2018			

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2438532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2018	4-Data de Autorização 26/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14287538	7-Data Validade da Senha 24/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025123607600000101		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CAROLINE PASSOS DA SILVA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano CAROLINE PASSOS DA SILVA	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRQ 27615		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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			26/10/2018		Caroline
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2018	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 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 26/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2018 Caroline Passos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/10/2018
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 27615



2438555
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2018	4-Data de Autorização 26/10/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14289308	7-Data Validade da Senha 24/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202538245800000104	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NATALIO VALDEZ BENITEZ		14-Telefone 01/12/1951	15-Nome do titular do plano DIEGO JILSON LEMES VALDEZ	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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	26/10/2018		Natalio
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 26/10/2018	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 26/10/2018	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/10/2018 Natalio Valdez	53-Data, local e Canto da Empresa 26/10/2018	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	--	---	---



2438992
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2015	4-Data de Autorização 28/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14290634	7-Data Validade da Senha 25/11/2015
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020251123673000001101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LAS WINE BAR LTDA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome YUNIOR CABRERA PEREZ		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano YUNIOR CABRERA PEREZ	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615		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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2015		Yunior
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	28/10/2015		Yunior
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/10/2015	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 Solicitante 28/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2015 Yunior Cabrera	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2015
---------------	---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2439175
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2015	4-Data de Autorização 28/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14291271	7-Data Validade da Senha 25/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025115794300000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome RAFAEL MAGALHAES BRANZES		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano RAFAEL MAGALHAES BRANZES	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	28/10/2015		Rafael
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2015		Rafael
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/10/2015	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 28/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2015 Rafael Magalhães	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2015
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2439574
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 26/08/2015	4-Data de Autorização 28/08/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14292482	7-Data Validade da Senha 25/10/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025123646200000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome AYLA SANTOS DE OLIVEIRA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ADRIANA DOS SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	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	28/08/2015		Adriana
2-	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	28/08/2015		Adriana
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 28/08/2015	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(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 28/08/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/08/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/08/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/08/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/2015	4-Data de Autorização 27/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14299486	7-Data Validade da Senha 26/11/2015	2441731 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708903709724815
-------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome DAIANE APARECIDA DE SOUZA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano DAIANE APARECIDA DE SOUZA
--------------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora - CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	27-Número no CRO 27615	28-UF PR	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela	31-Código de 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			1	140,00	0,00		S	27/10/2015		Daiane
2	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/2015		Daiane
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/2015	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 27/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/2015 Daiane Aparecida	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/2015	Ma. Dra. Monique Pinto Cirurgiã Dentista CRO/PR 27615
---	---	--	---	---



2441738
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/25	4-Data de Autorização 27/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14299503	7-Data Validade da Senha 26/10/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202553390900005402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700009397122309
13-Nome JUAN CARLOS APOLINARIO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DAIANE APARECIDA DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solidante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00			27/08/25		Juan Carlos
2-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/08/25		Juan Carlos
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/25	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 27/10/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/10/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/10/25 Juan Carlos	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/10/25
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2441862
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/08/25	4-Data de Autorização 27/08/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14300026	7-Data Validade da Senha 26/10/25
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202551094000000103	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LANCHONETE SANTOS E	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70340833257300	
13-Nome MIKAELE KAYLANE SANTOS		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano FABIELLE HELENA FRIEDRICHI STORI SANTOS		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO	18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808	22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO	23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615	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	48		1	186,00	0,00		S	27/08/25		Mikael
2-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	27/08/25		Mikael
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/08/25	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 372,00	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
Justificativa: 82001294: REMOCAO SOLICITADA PARA PREVENIR E TRATAR COMPLICACOES COMO CARIES E INFECCOES ESPECIALMENTE A PERICORONARITE INFLAMACAO DA GENGIVA DEVIDO A DIFICULDADE DE HIGIENIZACAO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/08/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/08/25 Mikael Kaylane	53-Data, local e Carimbo da Empresa 27/08/25
---	---	--	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615



2442294
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 28/10/2015	4-Data de Autorização 28/10/2015	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14301393	7-Data Validade da Senha 27/11/2015
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

8-Número da Carteira 002025053390900046401		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa URBIA CATARATAS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PRISCILA FREIRE NUNES			14-Telefone (45) 9128-9308	15-Nome do titular do plano PRISCILA FREIRE NUNES	

16-Atendimento e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MONIQUE LUSTOSA PINTO		18-Número no CRO 27615	19-UF PR	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 38290213808		22-Nome do Contratado Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		23-Número no CRO 27615	24-UF PR	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MONIQUE LUSTOSA PINTO		27-Número no CRO 27615		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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	28/10/2015		Priscila
2-	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	14,00	0,00		S	28/10/2015		Priscila
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 28/10/2015	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 28/10/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/10/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/10/2015 Priscila Freire	53-Data, local e Carimbo da Empresa 28/10/2015
---	---	---	---

Ma. Dra. Monique Pinto
Cirurgiã Dentista
CRO/PR 27615